



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ROBERTA DE ARAÚJO E SILVA**

**TECNOLOGIA EDUCATIVA SOBRE ATIVIDADE SEXUAL DE PESSOAS COM  
LESÃO MEDULAR – CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO**

**FORTALEZA**

**2017**

ROBERTA DE ARAÚJO E SILVA

TECNOLOGIA EDUCATIVA SOBRE ATIVIDADE SEXUAL DE PESSOAS COM  
LESÃO MEDULAR – CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar da Promoção de Saúde.

Área temática: Cuidado de Enfermagem as pessoas com problemas neurológicos.

Orientadora: Profa. Dra. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho.

Co-Orientador: Prof. Dr. Arménio Guardado Cruz – ESEnfC/PT

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo (a) autor(a)

---

S583t Silva, Roberta de Araújo e.  
Tecnologia educativa sobre atividade sexual de pessoas com lesão medular : construção e validação /  
Roberta de Araújo e Silva. – 2017.  
239 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e  
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.  
Orientação: Profa. Dra. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho.  
Coorientação: Prof. Dr. Arménio Cruz Guardado.

1. Traumatismos da Medula Espinal. 2. Sexualidade. 3. Educação em Saúde. 4. Materiais de ensino. 5.  
Estudos de Validação. I. Título.

CDD 610.73

---

ROBERTA DE ARAÚJO E SILVA

TECNOLOGIA EDUCATIVA SOBRE ATIVIDADE SEXUAL DE PESSOAS COM  
LESÃO MEDULAR – CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em: 25 / 07 / 2017.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Márcio Flávio Moura de Araújo (1º Membro)  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB)

---

Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes (2º Membro)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Luciene de Miranda Andrade (3º Membro)  
Instituto Dr. José Frota (IJF)

---

Profa. Dra. Rita Mônica Borges Studart (4º Membro)  
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

---

Profa. Dra. Eveline Pinheiro Bezerra (Suplente)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Maria Isis Freire de Aguiar (Membro Suplente)  
Membro Suplente - Universidade Federal do Ceará (UFC)

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Roberto e Vânia**, pelas suas dedicações, confianças, incentivos e esforços imensuráveis para que eu continuasse os meus estudos. Obrigado por sempre me apoiarem nas minhas decisões e acreditarem que posso ser muito mais que eu imagine. Vocês são meus exemplos. Amo imensamente vocês!

Ao meu esposo, **José Freire Júnior**, pela dedicação, paciência, parceria, amor e palavras de ânimo que me estimularam, mesmo tendo que ser privado de minha companhia em benefício dos estudos, sempre me apoiando e incentivando a buscar a cada dia a satisfação e dedicação profissional interior. Amo-te muito.

À minha irmã, **Renata**, que por eu ser a única irmã e a mais velha procuro dar-lhe bons exemplos e incentivos e que a cada dia também me enche de orgulho. E por muito tempo dividimos madrugadas estudando. Muito obrigada. Também amo muito você.

À minha família **materna e paterna** que compreenderam algumas ausências minhas, mas mesmo à distância sei que sempre torceram por mim e vibraram com minhas conquistas.

Dedico especialmente aos meus avós, **Vanda, Cosmo e Maria José**, que com suas experiências de vida foram exemplos de força, persistência e união. E que ao longo da vida e de seus percalços, ensinaram que a maior riqueza que temos é a família. Obrigada, Vó Vanda pelas orações diárias, principalmente nos momentos mais difíceis; só eu sei o quanto a senhora foi importante na minha vida e na construção desta tese.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço primeiramente à **Deus**, por ter me permitido alcançar este grande sonho e, mesmo diante das dificuldades, não me deixou desistir. Obrigada por me conceder mais esta grande vitória. Sou muito grata a ti, Senhor!

À minha orientadora, **Profª. Drª. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho**, pelos seus incentivos e contribuição à formação profissional, por sua cooperação e grandes considerações valiosas nas suas orientações. Para mim ela foi mais que uma mestra, foi uma amiga, embora sempre eu mantivesse o respeito necessário. Como disse em algumas ocasiões, ela é uma mãe intelectual. Obrigada pelos ensinamentos constantes, pelos conselhos e palavras de confortos, não só intelectuais, mas pessoais. Tenho muita admiração pela mulher forte que ela é e a tenho como exemplo a ser seguido! Meu imenso obrigado!

Ao **Prof. Dr. Arménio Guardado Cruz**, co-orientador, por suas valiosas contribuições como enfermeiro especialista em reabilitação, suas sugestões foram de grande valia na construção desta tese, meu reconhecimento!

## AGRADECIMENTOS

À **Universidade Federal do Ceará**, instituição na qual me orgulho de obter minha formação profissional, perpassando pela graduação, mestrado e agora o doutorado. Onde tive a oportunidade de aprender com professores e professoras excelentes que desenvolveram os meus conhecimentos, minhas habilidades e atitudes, tornando-me apita, segura e confiante para exercer a profissão de enfermagem em diversos campos de atuação que já pude vivenciar: assistência, gestão e docência. Meu eterno obrigado!!!

À **Universidade Federal do Maranhão**, instituição de excelência na qual atualmente faço parte do quadro Docente. Em especial, aos **docentes e coordenadora** do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia - Campus Imperatriz. Agradeço a todos pelo apoio e incentivo à minha capacitação profissional. Espero contribuir para o aprimoramento e consolidação do ensino, pesquisa e extensão da Universidade Federal do Maranhão.

Aos **Docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFC**, em especial às professoras Elisângela Teixeira, Ana Karina Bezerra, Lorena Barbosa, Jolelany Afo, Priscila Aquino, Régia Barbosa, e ao professore Rui Verlaine. Agradeço a todos por compartilharem seus conhecimentos e me guiarem na árdua e encantadora vida acadêmico-científica. Meu grande obrigado!

Ao **Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica - NUPEN**, à Coordenadora Professora Zuila Carvalho e a todos os membros, em especial, Priscila Alencar, Deyse Cardoso, Dilene Araújo, Winner Machado, foram anos de convivência, onde crescemos intelectualmente e compartilhamos experiências. Obrigada!!!

Aos **membros da banca**, Professores Doutores Márcio Flávio, Lorena Barbosa, Luciene de Andrade, Rita Mônica, Eveline Pinheiro e Maria Isis de Aguiar por aceitarem o convite para participar da banca e pelas excelentes contribuições.

Aos **profissionais que participaram deste estudo**, como juízes da validação da cartilha, muito obrigada pelas valiosas contribuições ao estudo.

Às **peessoas com lesão medular** que participaram do estudo e dedicarem sua atenção para avaliar o material educativo e responderem o questionário. Vocês são exemplo de vida. Muito obrigada!

À enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia da Maternidade Bissaya Barreto, Coimbra /Portugal, **Maria Isabel Ribeiro Alves**, por suas sugestões nos aspectos da relativos a reprodução humana, meus sinceros agradecimentos.

À **Joanna de Freitas Rocha**, pelo profissionalismo e capricho na diagramação e ilustração do material educativo. Que ficou exatamente com eu idealizei e sonhei. Obrigada!

À psicóloga **Dra. Adriana Freire** pelos conselhos e orientações que foram fundamentais para não perder o foco na vida pessoal e profissional. Muito obrigada!

Ao psicólogo **Márcio Vaz**, pelas contribuições tanto como psicólogo como pessoa que vivencia a lesão medular, suas observações sempre muito pertinentes, tornaram a cartilha mais eficaz.

Aos **meus amigos**, Ticiania Gularte, André Sena, Alberto Reis, Emeline Lopes, por estarem presente na minha vida e, cada um ao seu modo, me apoiaram nesta árdua caminhada. Em especial à **Maria Aparecida**, amiga que durante toda a minha vida acadêmica, e hoje companheira de trabalho na Universidade Federal do Maranhão, sempre me apoio e incentivo, mantendo-me sempre motivada a alcançar meus objetivos pessoais e profissionais. Saiba que você foi essencial nesta caminhada.

“Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver a vida, apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise. Usar a dor para lapidar o prazer. Usar os obstáculos para abrir as janelas da inteligência. Nunca desistas de ser feliz, pois a vida é um espetáculo imperdível!” (Papa Francisco, 2017)

## RESUMO

Esta tese tem como objetivo construir e validar uma tecnologia educativa, tipo cartilha educativa, sobre atividade sexual de pessoas com lesão medular. Trata-se de estudo metodológico e de desenvolvimento realizado em cinco etapas: 1. Pesquisa bibliográfica em *blogs* para determinação dos interesses e necessidades educacionais do público-alvo; 2. Revisão integrativa visando a determinação do conteúdo do material; 3. Construção da tecnologia educativa a partir de três aspectos: linguagem, ilustração e *layout/design*. A cartilha educativa é intitulada “Sexualidade na lesão medular: o que você precisa saber”, sendo constituída por seis capítulos: sexualidade; lesão medular e função sexual; tratamentos das disfunções sexuais; disfunções sexuais masculinas; disfunções sexuais femininas; e promoção da atividade sexual saudável e satisfatória da pessoa com lesão medular; 4. validação de conteúdo e aparência do material educativo, utilizando-se o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) e teste binomial ( $p < 0,05$ ), estabelecimento de um grau de concordância de 85% entre os juízes e o público-alvo; 5. Avaliação da aplicação da cartilha com o público-alvo, esta foi constituída de uma pesquisa quase-experimental, tipo teste piloto, em grupo único, antes e depois, para aplicação da cartilha educativa e avaliação do conhecimento, atitude e prática de um novo grupo de 20 pessoas com lesão medular, em três momentos: pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste tardio com duas semanas. O estudo respeitou todos os aspectos éticos conforme a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, recebeu Parecer nº 1.615.777. Os resultados evidenciam na pesquisa documental 16 *blogs* de pessoas com lesão medular, sendo analisadas 168 publicações e 32 comentários referentes a sexualidade e função sexual, os quais possibilitou apreender os interesses, necessidade educacionais, linguagem e expressões do público-alvo. Na revisão integrativa obteve-se 22 publicações sobre sexualidade, função e atividade sexual da pessoa com lesão medular, a qual possibilitou identificar e apreender o conteúdo científico dos capítulos que compuseram a cartilha educativa. Os resultados da validação apontam um IVC global de 0,91 na validação de conteúdo com onze profissionais de saúde da área; IVC global de 0,87 na validação de aparência com três *designers* gráficos; e IVC global de 0,94 na validação de aparência com 37 pessoas com lesão medular; a validação revelou excelente grau de concordância entre os avaliadores, significando que a cartilha obteve o padrão-ouro ao final desta etapa. A respeito do teste piloto, observou-se aumento da pontuação média em todos os domínios comparando-se pré-teste e pós-teste imediato, principalmente no domínio conhecimento; e comparado com o pós-teste tardio, a média de pontuação foi mantida, sendo aplicado o teste de Friedman ( $p < 0,05$ ). Conclui-se que a cartilha educativa foi considerada uma

tecnologia educativa válida e confiável para promoção da atividade sexual saudável e satisfatória da pessoa com lesão medular, capaz de promover conhecimento, atitude e prática adequados. A elaboração e validação de tecnologias educativas, baseada em orientações confiáveis e de fácil entendimento, voltadas em especial, para pessoas com lesão medular e seus parceiros, torna-se uma ferramenta de melhoria do cuidado de enfermagem, deve, portanto, ser explorada pelo enfermeiro.

**Palavras-chave:** Traumatismos da Medula Espinal; Sexualidade; Educação em Saúde; Materiais de ensino; Estudos de Validação.

## ABSTRACT

This thesis aims to construct and validate an educational technology, like educational booklet, about sexual activity of people with spinal cord injury. It is a methodological and development study carried out in five stages: determining the interests and educational needs of the target audience; Determining the content of the material; Construction of educational material; Validation of content and appearance of educational material; And evaluation of the application of the booklet with the target audience. The study respected all ethical aspects according to Resolution No. 510/2016 of the National Health Council. In the first stage, a documentary research was carried out on 16 blogs of people with spinal cord injury, 168 publications and 32 comments were analyzed regarding sexuality and sexual function, which made it possible to grasp the interests, educational needs, language and expressions of the target audience. In the second stage, an integrative review of 22 publications on sexuality, function and sexual activity of the person with spinal cord injury was carried out, which made it possible to identify and apprehend the scientific content of the chapters that compose the educational booklet. In the third step, the educational booklet was constructed from three aspects: language, illustration and layout / design. The educational booklet was entitled "Sexuality in spinal cord injury: what you need to know", consisting of six chapters: sexuality; Spinal cord injury and sexual function; Treatments of sexual dysfunctions; Male sexual dysfunctions; Female sexual dysfunction; And promotion of healthy and satisfactory sexual activity of the person with spinal cord injury. In the fourth stage, the validation of the educational booklet was performed using the Content Validation Index (CVI) and binomial test ( $p < 0.10$ ). An agreement of 85% was established between content judges, 80% between the judges of designer and 85% among the target audience. The validation results were: a global CVI of 0.91 in content validation with eleven health professionals in the area; CVI global of 0.87 in the validation of appearance with three graphic designers; And global CVI of 0.94 in the validation of appearance with 37 people with spinal cord injury; The validation revealed an excellent degree of agreement among the evaluators, meaning that the booklet obtained the gold standard at the end of this stage. The reliability of the content and appearance validation tools with the target audience obtained Cronbach's alpha global values of 0.917 and 0.955 respectively, meaning good internal reliability and excellent ratings. In the fifth step, a quasi-experimental, pilot test, in a single group, before and after, was carried out to apply the educational booklet and evaluation of the knowledge, attitude and practice of a new group of 20 people with spinal cord injury in three moments: pre-test, immediate post-test and late post-test with two weeks. An increase of the

average score was observed in all domains, comparing pre-test and immediate post-test, mainly in the knowledge domain; And compared with the late post-test, the mean score was maintained, and the Friedman test ( $p < 0.05$ ) was applied. It is concluded that the thesis defended was proven, because the educational booklet was considered a valid and reliable educational technology to promote healthy and satisfactory sexual activity of the person with spinal cord injury, capable of promoting appropriate knowledge, attitude and practice.

**Keywords:** Spinal Cord Injuries; Sexuality; Health education; Teaching Materials; Validation Studies.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama das etapas metodológicas para elaboração do material educativo.....	63
Figura 2 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa de literatura, elaborado com base nas recomendações PRISMA.....	68
Figura 3 – Representação gráfica das etapas de validação da cartilha educativa com os juízes.....	82
Figura 4 – Representação gráfica das etapas de validação da cartilha educativa com o público-alvo.....	83
Figura 5 – Representação gráfica das etapas de avaliação dos resultados da cartilha educativa com o público-alvo .....	83
Figura 6 – Ilustração representativa do processo de construção da cartilha .....	118
Figura 7 – Representação das ilustrações da cartilha educativa.....	120
Figura 8 – Ilustração representativa do processo de construção da cartilha.....	120
Figura 9 – Diagrama da estrutura e organização do conteúdo da cartilha educativa.....	122
Figura 10 – Processo de Construção da Cartilha de acordo com as etapas metodológicas do estudo.....	124
Figura 11 – Síntese das alterações e ajustes na cartilha educativa de acordo com as recomendações dos juízes profissionais de saúde, <i>designer</i> gráficos e público-alvo.....	158

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estatística descritiva dos <i>blogs</i> selecionados para o estudo. Fortaleza, 2017.....	88
Tabela 2 – Medidas descritivas dos <i>blogs</i> selecionados para o estudo. Fortaleza, 2017.....	89
Tabela 3 – Estatística descritiva dos conteúdos das publicações relacionadas à sexualidade. Fortaleza, 2017.....	90
Tabela 4 – Análise quantitativa dos artigos selecionados para a revisão integrativa sobre sexualidade da pessoa com lesão medular. Fortaleza, 2017.....	107
Tabela 5 – Análise descritiva dos dados de caracterização dos juízes profissionais da saúde. Fortaleza, 2017 .....	125
Tabela 6 – Análise descritiva das variáveis quantitativas dos juízes profissionais de saúde. Fortaleza, 2017.....	126
Tabela 7 – Análise descritiva dos dados da produção científica dos juízes profissionais da saúde. Fortaleza, 2017 .....	126
Tabela 8 – Distribuição da concordância entre juízes da validação de conteúdo da cartilha educativa. Fortaleza, 2017 .....	128
Tabela 9 – Distribuição da concordância entre os juízes sobre a clareza, relevância e grau de relevância do conteúdo da cartilha educativa. Fortaleza, 2017.	137
Tabela 10 – Avaliação da confiabilidade interna do instrumento de validação de conteúdo, segundo os aspectos avaliativos da cartilha educativa. Fortaleza, 2017.....	138
Tabela 11 – Análise descritiva das variáveis quantitativas dos juízes <i>designer</i> gráfico. Fortaleza, 2017.....	139
Tabela 12 – Análise descritiva dos dados de caracterização dos juízes em <i>designer</i> gráfico. Fortaleza, 2017.....	140
Tabela 13 – Distribuição da concordância entre juízes da validação de aspectos técnicos da cartilha educativa. Fortaleza, 2017 .....	140
Tabela 14 – Análise descritiva dos dados de caracterização do público alvo da validação. Fortaleza, 2017.....	144

Tabela 15 – Análise descritiva das variáveis quantitativas do público-alvo da validação. Fortaleza, 2017.....	145
Tabela 16 – Análise descritiva dos dados clínicos do público-alvo da validação. Fortaleza, 2017.....	145
Tabela 17 – Distribuição da concordância entre o público-alvo da validação de aparência da cartilha educativa. Fortaleza, 2017 .....	146
Tabela 18 – Distribuição da concordância entre o público-alvo sobre a clareza, relevância e grau de relevância do conteúdo da cartilha educativa. Fortaleza, 2017.....	152
Tabela 19 – Comparação da média dos aspectos da validação de aparência entre as variáveis sociodemográficas do público-alvo. Fortaleza, 2017 .....	154
Tabela 20 – Comparação da média dos aspectos da validação de aparência entre as variáveis clínicas do público-alvo. Fortaleza, 2017 .....	155
Tabela 21 – Avaliação da confiabilidade interna do instrumento de validação de aparência do público alvo, segundo os aspectos avaliativos da cartilha educativa. Fortaleza, 2017.....	156
Tabela 22 – Análise descritiva dos dados de caracterização do público-alvo da avaliação de resultados. Fortaleza, 2017 .....	163
Tabela 23 – Análise descritiva das variáveis quantitativas do público-alvo da avaliação de resultados. Fortaleza, 2017.....	164
Tabela 24 – Análise descritiva dos dados clínicos do público-alvo da avaliação de resultados. Fortaleza, 2017.....	164
Tabela 25 – Análise descritiva da atividade sexual do público-alvo da avaliação de resultados. Fortaleza, 2017.....	165
Tabela 26 – Análise descritiva das variáveis quantitativas do público-alvo da avaliação de resultados. Fortaleza, 2017 .....	166

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Níveis de evidência aplicados na descrição dos estudos selecionados para revisão integrativa .....	36
Quadro 2 – Distribuição dos artigos da revisão integrativa sobre tecnologias e práticas de educação em saúde voltadas às pessoas com lesão medular ...	38
Quadro 3 – Medicamentos orais para o tratamento da disfunção erétil.....	48
Quadro 4 – Referencial metodológico para a construção de material educativo impresso para saúde.....	62
Quadro 5 – Aspectos da linguagem, ilustração e <i>layout</i> considerados na elaboração de materiais educativos impressos.....	70
Quadro 6 – Critérios de classificação do conhecimento, atitude e prática sobre a sexualidade e função sexual da pessoa com lesão medular.....	81
Quadro 7 – Categorias temáticas das publicações nos <i>blogs</i> . Fortaleza, 2017	91
Quadro 8 – Categorias temáticas relativas aos comentários e os depoimentos sobre sexualidade e lesão medular dos <i>blogs</i> avaliados. Fortaleza, 2017.....	95
Quadro 9 – Distribuição dos artigos selecionados para a revisão integrativa sobre sexualidade da pessoa com lesão medular.....	104
Quadro 10 – Resultado da revisão integrativa sobre sexualidade, função sexual e lesão medular.....	109
Quadro 11 – Apresentação dos conteúdos da cartilha educativa de acordo com as categorias temáticas da revisão integrativa.....	114

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos S-CVI/UA e S-CVI/AVE quanto os aspectos da validação de conteúdo da cartilha educativa com juízes profissionais de saúde. Fortaleza, 2017.....	136
Gráfico 2 – Distribuição dos S-CVI/UA e S-CVI/AVE quanto a validação da clareza, relevância e grau de relevância dos assuntos da cartilha educativa por juízes profissionais de saúde. Fortaleza, 2017.....	138
Gráfico 3 – Distribuição dos S-CVI/UA e S-CVI/AVE quanto aos aspectos técnicos da validação da cartilha educativa com juízes <i>designer</i> gráficos. Fortaleza, 2017.....	143
Gráfico 4 – Distribuição dos S-CVI/UA e S-CVI/AVE quanto os aspectos da validação de aparência da cartilha com o público-alvo. Fortaleza, 2017....	152
Gráfico 5 – Distribuição dos S-CVI/UA e S-CVI/AVE quanto a validação da clareza, relevância e grau de relevância dos assuntos da cartilha educativa pelo público-alvo. Fortaleza, 2017.....	153
Gráfico 6 – Distribuição das médias das pontuações dos pacientes referentes ao conhecimento, atitude e prática, acrescido do intervalo de confiança para a média.....	167

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CINAHL	Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
I-CVI	<i>Item-level Content Validity Index</i>
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
LM	Lesão Medular
MESH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
PT	Pré-Teste
PTI	Pós-Teste Imediato
PTT	Pós-Teste Tardio
PUBMED/MEDLINE	National Library of Medicine
SCOPUS	Base de dados multidisciplinar
S-CVI/UA	<i>Scale-level Content Validity Index, Universal Agreement</i>
SCVI/AVE	<i>Scale-level Content Validity Index, Average Calculation Method</i>
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAFe	Comunidade Acadêmica Federada
Mesh	Medical Subject Headings
ReGra	Revisor Gramatical Automático
ILF	Índice de Legibilidade de Flesch
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
DP	Desvio Padrão
ICC	Coeficiente de Correlação Intraclasse
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TRM	Trauma raquimedular

UNESCO

Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência  
e Cultura

USB

*Universal Serial Bus*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	26
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	33
<b>2.1 Geral</b> .....	33
<b>2.2 Específicos</b> .....	33
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	34
<b>3.1 Tecnologias e práticas de educação em saúde voltadas às pessoas com lesão medular: revisão integrativa</b> .....	34
<b>3.2 Sexualidade da pessoa com lesão medular: revisão de literatura</b> .....	42
<b>3.2.1 Função sexual da pessoa com lesão medular</b> .....	42
3.2.1.1 <i>Função sexual masculina</i> .....	42
3.2.1.2 <i>Função sexual feminina</i> .....	55
<b>3.2.2 Promoção da atividade sexual saudável e satisfatória</b> .....	58
<b>4 MÉTODOS</b> .....	61
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	61
<b>4.2 Referencial metodológico</b> .....	61
<b>4.3. Etapas do estudo</b> .....	63
<b>4.3.1 Determinação dos interesses e necessidades educacionais do público-alvo</b> .....	63
<b>4.3.2 Determinação do conteúdo do material educativo</b> .....	65
<b>4.3.3 Construção do material educativo</b> .....	69
<b>4.3.4 Validação do material construído</b> .....	72
4.3.4.1 <i>Validação por profissionais</i> .....	73
4.3.4.2 <i>Validação pelo público-alvo</i> .....	73
<b>4.3.5 Avaliação da aplicação da cartilha com o público-alvo</b> .....	74
<b>4.4 População e amostra</b> .....	74
<b>4.4.1 Amostra de juízes</b> .....	74
<b>4.4.2 Amostra do público-alvo</b> .....	75
4.4.2.1 <i>Amostra do público-alvo para a validação de aparência da cartilha</i> .....	76
4.4.2.2 <i>Amostra do público-alvo para a avaliação da aplicação da cartilha</i> .....	76
<b>4.5 Instrumentos de coleta de dados</b> .....	77
<b>4.5.1 Instrumentos de validação da tecnologia educativa</b> .....	77
<b>4.5.2 Instrumentos de avaliação dos resultados da tecnologia educativa</b> .....	79
<b>4.6 Procedimentos para coleta de dados</b> .....	81

4.6.1 Coleta de dados da validação com os juízes .....	81
4.6.2 Coleta de dados da validação com o público-alvo .....	82
4.6.3 Coleta de dados da avaliação dos resultados com o público-alvo .....	83
4.7 Organização e análise de dados .....	84
4.8 Aspectos éticos .....	87
<b>5 RESULTADOS</b> .....	88
5.1 Resultados da pesquisa documental sobre os interesses e as necessidades educacionais do público-alvo em <i>Blog</i> .....	88
5.2 Resultados da revisão integrativa do conteúdo da cartilha educativa .....	103
5.3 Construção da cartilha educativa sobre a sexualidade da pessoa com lesão medular .....	112
5.3.1 Linguagem .....	112
5.3.2 Ilustração .....	116
5.3.3 Layout e design .....	121
5.4 Validação de conteúdo da cartilha educativa com juízes profissionais de saúde	124
5.5 Validação de aparência da cartilha educativa com juízes <i>designer</i> gráfico .....	139
5.6 Validação de aparência da cartilha educativa com público-alvo .....	144
5.7 Reconstrução da cartilha após o processo de validação .....	158
5.8 Avaliação de resultados em saúde com o público-alvo .....	163
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	168
6.1 Discussão sobre a pesquisa documental sobre os interesses e as necessidades educacionais do público-alvo	168
6.2 Discussão sobre o conteúdo da cartilha educativa .....	175
6.3 Discussão sobre a aplicação da cartilha educativa com o público-alvo .....	178
6.4 Discussão sobre a caracterização do público-alvo .....	183
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	187
<b>8 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA</b> .....	190
<b>9 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO</b> .....	193
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	195
<b>APÊNDICE A - CARTA CONVITE – JUÍZES ESPECIALISTAS</b> .....	205
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO JUÍZES ESPECIALISTAS</b> .....	207

<b>APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO SOBRE ATIVIDADE SEXUAL DE PESSOA COM LESÃO MEDULAR JUÍZES ESPECIALISTAS – ÁREA DA SAÚDE .....</b>	<b>211</b>
<b>APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO SOBRE ATIVIDADE SEXUAL DE PESSOA COM LESÃO MEDULAR JUÍZES ESPECIALISTAS – DESIGNER GRÁFICO .....</b>	<b>218</b>
<b>APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PÚBLICO-ALVO DA PESQUISA .....</b>	<b>223</b>
<b>APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO SOBRE A ATIVIDADE SEXUAL DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR PARTICIPANTE DA PESQUISA .....</b>	<b>227</b>
<b>APÊNDICE G - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA SOBRE A ATIVIDADE SEXUAL DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR PARTICIPANTE DA PESQUISA .....</b>	<b>233</b>
<b>APÊNDICE H - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS BLOGS .....</b>	<b>239</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A lesão da medula espinal é um dos mais graves acometimentos que pode afetar o ser humano e com enorme repercussão física, psíquica e social. Conceitua-se de lesão medular toda injúria às estruturas contidas no canal medular (medula, cone medular e cauda equina), podendo levar a alterações motoras, sensitivas, autonômicas, repercutindo principalmente nos sistemas locomotor, cardiorrespiratório, gastrintestinal e geniturinário, além de alterações psicoafetivas e sexuais (BRASIL, 2013a; CERZETTI, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a maioria das lesões medulares é de origem traumática, no entanto, o coeficiente de incidência de lesão medular traumática no Brasil é desconhecido e não existem dados precisos a respeito da sua incidência e prevalência, uma vez que esta condição não é sujeita à notificação (BRASIL, 2013a).

Estima-se que a incidência de trauma raquimedular (TRM), no Brasil, é de 40 casos novos/ano/milhão de habitantes, ou seja, cerca de 6 a 8 mil casos novos por ano, sendo que destes 80% das vítimas são homens e 60% se encontram entre os 10 e 30 anos de idade (BRASIL, 2013a). Já a incidência mundial está entre 2,23 e 7,55 casos a cada 10 mil habitantes (TORRECILHA *et al.*, 2014)

Os comprometimentos funcionais decorrentes da lesão medular variam individualmente, de acordo com o grau da lesão, o segmento medular e as vias nervosas e os neurônios da medula envolvidos. A lesão medular afeta toda a vida de um indivíduo, incluindo a sua sexualidade.

A sexualidade é uma integração de aspectos físicos, emocionais, intelectuais e sociais, sendo atualmente concebida como parte integrante do comportamento de todo o ser humano, muito mais do que um fator estritamente biológico. A sexualidade é expressa de diversas formas, nomeadamente por meio de desejos, sentimentos, pensamentos, emoções, atitudes, e comportamentos, influenciados pelo contexto cultural e momentos históricos (TORRIANI *et al.*, 2014).

A sexualidade é uma parte essencial do ser humano, pois relaciona-se com a autoestima, a imagem corporal e a motivação. Portanto, deve ser dada a mesma atenção que outros sistemas corporais dentro de um programa de reabilitação integral para pessoas com lesão medular (HARTSHORN; D'CASTRO; ADAMS, 2013).

À primeira vista, a perda da realização sexual pode parecer uma consequência minoritária da lesão medular quando confrontada com a profunda perda de autonomia ocasionada pela paralisia, mas tal perda é muito valorizada por homens e mulheres ativos e

saudáveis, sobretudo no tocante à autoestima e à necessidade de oferecer suporte e afeto ao parceiro(a), cujo papel pode ser vital. A manutenção da vida sexual depois de uma lesão medular trata-se de uma prioridade para muitas pessoas afetadas (BAASCH, 2008).

Autores têm mostrado que pessoas com severos níveis de deficiência física têm a autoestima e o nível de satisfação sexual significativamente diminuído e acompanhado de altos níveis de depressão, em relação àquelas pessoas com comprometimento físico moderado (McCABE, TALEPOROS, 2003). Phelps *et al.* (2001) sugerem que a satisfação sexual do parceiro, a qualidade da relação e o desejo sexual são indicadores significantes para medir a satisfação sexual de pessoas com lesão medular.

Cavalcante, Carvalho e Garcia (2013), em estudo sobre os diagnósticos de enfermagem aplicáveis às pessoas com lesão medular em fase inicial de reabilitação domiciliar identificaram o diagnóstico de enfermagem: “Padrões de sexualidade ineficazes” evidenciado pelo relato de ausência de atos sexuais e de descrença na possibilidade de tê-las. Os fatores relacionados eram: desconhecimento sobre as reais consequências do traumatismo da medula espinhal na função sexual, e falta de privacidade e diálogo com o companheiro a esse respeito.

Aspectos que corroboram com as recomendações do Ministério da Saúde, que considera parte da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência as ações voltadas para sua saúde sexual e reprodutiva, incluindo medicamentos, recursos tecnológicos e intervenções especializadas (BRASIL, 2013b).

Apesar de todas as pessoas terem o direito à informação, a expressão da sexualidade e a desenvolverem o seu potencial máximo em todos os aspectos da vida; observa-se que poucas informações são direcionadas às pessoas com lesão medular sobre seus direitos sexuais e reprodutivos. Possivelmente, isso decorra por uma falha na comunicação entre o meio acadêmico e a sociedade, pois mesmo sendo crescente os dados que enfatizam as dificuldades e as inabilidades pós-lesão medular, são poucas as informações que chegam aos maiores interessados: homens e mulheres com lesão medular e seus familiares e companheiros.

No cenário da reabilitação, há um trabalho muito importante no sentido de promover o conhecimento sobre a sexualidade, a função sexual e fertilidade / reprodutividade, mediado pela avaliação e educação em saúde da pessoa com lesão medular para a reorganização de sua expressão sexual.

A reorganização da sexualidade deve ocorrer dentro de uma perspectiva holística, uma vez que contribui para o autoconhecimento, desenvolvimento emocional e satisfação sexual melhorando assim a qualidade de vida de pessoas paraplégicas e/ou tetraplégicas com disfunção sexual neurogênica (TORRIANI *et al.*, 2014).

O elevado grau de importância que as pessoas com lesão medular atribuem à prática sexual está diretamente relacionado com o aumento da qualidade de vida (GARRETT; MARTINS; TEIXEIRA, 2009).

Entretanto, durante a fase aguda do agravo, algumas pessoas podem não estar prontas ou preparadas para aderir à reorganização da sexualidade, pois este é um momento em de tensões psicológicas e físicas bem como de incerteza sobre o prognóstico; Estes aspectos podem limitar a prontidão e a capacidade de aprender devido a grande mudança no estilo de vida e seu conseqüente impacto emocional (HARTSHORN; D'CASTRO; ADAMS, 2013; DELPARTE *et al.*, 2014).

O patamar de prontidão também pode variar entre indivíduos, dependendo de fatores como idade, nível de lesão e tempo de lesão, bem como outras características pessoais. Portanto, a educação eficaz do paciente precisa levar em conta esses fatores e fornecer diferentes tipos de apoio educativo para acomodar diferentes estilos de aprendizagem em diferentes fases de reabilitação (SHEPHERD *et al.*, 2012).

Shepherd *et al.* (2012) sugere que as pessoas com lesão medular podem precisar de mais instruções no início até serem mais autogeridas ao longo do tempo. Alguns temas, como os relacionados com o funcionamento corporal, podem ser apropriados no início do processo de reabilitação, enquanto outros, por exemplo, relacionados com a integração da comunidade, podem ser melhor introduzidos em períodos de tempo mais longo.

Porém, estudos mostram que as pessoas com lesão medular concordam ser a fase aguda o melhor momento para abordar o tema da sexualidade; no entanto, elas expressam frustração, desapontamento, constrangimento e intimidação quando profissionais de saúde são relutantes ou incapazes de abordar questões de sexualidade (HARTSHORN; D'CASTRO; ADAMS, 2013; DELPARTE *et al.*, 2014).

Independentemente das barreiras à participação de profissionais de saúde na reabilitação sexual – aspectos culturais e religiosos, desconforto com o tema, déficit de conhecimento, tempo, atitude pessoal e falta de prontidão dos participantes – a sexualidade é uma parte essencial de programas de reabilitação para pessoas com lesão medular (HARTSHORN; D'CASTRO; ADAMS, 2013; SHEPHERD *et al.*, 2012).

É preciso que os profissionais de saúde sejam capacitados para a abordagem, natural e apurada, dos vários aspectos inerentes as questões do afeto, da sexualidade, da saúde sexual e do exercício da maternidade e da paternidade das pessoas com deficiência. O desempenho de papéis sexuais, a gravidez e o planejamento reprodutivo são temas fundamentais e inadiáveis (TORRIANI *et al.*, 2014).

Assim, para reduzir o impacto da perda derivado de uma lesão medular e para maximizar a qualidade de vida, há uma responsabilidade dos profissionais de saúde em educar pessoas com lesão medular através da reabilitação sexual. Desde a primeira hospitalização até o seguimento ambulatorial, é necessário incentivar a manutenção da identidade sexual para preservar as necessidades humanas básicas (HARTSHORN; D'CASTRO; ADAMS, 2013).

Hartshorn, D'Castro e Adams (2013) identificaram que o enfermeiro é um profissional com forte potencial para abordar a sexualidade e a necessidade reprodutiva destas pessoas. Neste sentido, os profissionais enfermeiros estão aprimorando a qualidade do cuidado oferecido aos usuários e, para facilitar a orientação de pacientes e familiares no processo de tratamento, recuperação e autocuidado, uma iniciativa favorável é a utilização de materiais educativos.

De acordo com o Ministério da Saúde, todo material educativo pode ser definido como ferramenta pedagógica capaz de mediar o processo de educação e comunicação entre os diferentes sujeitos da aprendizagem (BRASIL, 2007).

Disponer de materiais educativos possibilita a padronização das informações a serem absorvidas, com vistas ao cuidado ao paciente e à promoção da saúde. Outra vantagem é o material educativo ser uma forma de ajudar os indivíduos a compreenderem melhor o processo saúde-doença e vivenciarem o período de recuperação de uma forma mais tranquila (ECHER, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2012).

A promoção da saúde é uma estratégia provocadora de mudanças nos modelos técnicos assistenciais, a qual sinaliza a construção de outras possibilidades e a configuração de novos saberes e fazeres que ampliem as alternativas de qualidade de saúde e vida da população, de intervenção junto aos sujeitos e da compreensão do processo saúde-doença como produção social (SILVA *et al.*, 2009).

Destaca-se a educação em saúde, como estratégia de promoção de saúde no processo de empoderamento individual e coletivo das responsabilidades e dos direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do Sistema Único de Saúde. A partir deste enfoque, o profissional de saúde deve eleger estratégias didáticas que conduzam a uma transformação dos indivíduos ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de uma vida saudável.

O enfermeiro, como educador em saúde, deve apropriar-se dos materiais educativos visando proporcionar uma educação em saúde baseada nos princípios da promoção da saúde (MARIANO, 2010). Entende-se como educação em saúde um processo orientado e planejado para utilização de estratégias que estimulem a autonomia dos sujeitos, pressupondo ações

partilhadas que possibilitem a tomada de decisões livres e a seleção de alternativas num contexto adequado de informações, habilidades cognitivas e suporte social (SALLES; CASTRO, 2010).

O uso crescente de materiais educativos como recurso na educação em saúde abre novas possibilidades no processo de ensino-aprendizagem, por meios de interações mediadas pelo enfermeiro, paciente e material educativo, trazendo desafios e exigindo definições claras dos objetivos educacionais a serem atingidos pelo público-alvo (FREITAS; CABRAL, 2008).

Esses materiais tornam a educação em saúde mais dinâmica e o seu desenvolvimento contribui para um ensino mais participativo em que são respeitados as necessidades e os ritmos de aprendizagem individuais. Ademais, eles são adaptados ao nível de cognição e anos de estudo (FONSECA *et al.*, 2011).

A comunicação em saúde é uma ferramenta de promoção de saúde capaz de propiciar o conhecimento e a consciência das questões, problemas e soluções de saúde; influenciar percepções, crenças, atitudes e normas sociais; demonstrar habilidades; mostrar os benefícios da mudança de comportamento; aumentar demandas de serviços de saúde; reforçar conhecimentos, atitudes e mudanças de comportamento; refutar mitos e concepções erradas; defender questões de saúde ou grupos populacionais; superar barreiras e problemas sistêmicos (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

A mensagem poderá ser fornecida por meio de material impresso ou de recurso audiovisual e ser veiculada por vários meios: comunicação de massa (televisão, rádio, revista, jornais, *internet*), meios ligados à cultura popular (teatro de bonecos, canções populares, contadores de histórias) e através da relação interpessoal (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Um material bem escrito ou uma informação de fácil entendimento melhora o conhecimento e a satisfação do paciente, desenvolve suas atitudes e habilidades, facilita-lhes a autonomia, promove sua adesão, torna-os capazes de entender como as próprias ações influenciam seu padrão de saúde, isto é, sua tomada de decisão. É, portanto, uma forma de promover saúde. Nesse sentido, os educadores de saúde devem ter em mente que, para que as mensagens relacionadas com a saúde sejam eficazmente comunicadas, elas devem ser bem planejadas, precisas, relevantes, bem entendidas (HOFFMANN; WARRALL, 2004).

Moreira, Nóbrega e Silva (2003) dizem que a relação comunicação-educação é evidenciada na intervenção terapêutica das doenças crônicas cujo resultado não depende apenas de medicamentos, mas está relacionada diretamente à forma como os pacientes têm sido

informados sobre sua doença e como é capaz de dominar as várias habilidades necessárias ao tratamento.

O processo de aquisição, aproveitamento e aprofundamento de conhecimentos, de domínio de habilidades e de tomada de decisão é facilitado entre outros recursos, pela utilização de material impresso. Assim sendo, para esse processo, o material escrito tem tripla função: de reforçar as informações e discussões orais, servir como guia de orientações para casos de dúvidas posteriores e auxiliar nas tomadas de decisões (OLIVEIRA; LOPES; FERNANDES, 2014).

Reconhecidamente, o material educativo impresso é amplamente utilizado para se veicular mensagens de saúde e para se facilitar o processo ensino-aprendizagem, embora haja algumas restrições ou limitações em seu uso. Em geral, essas limitações são decorrentes de dificuldades de leitura, da inadequação do material, das características do leitor e, principalmente, de seu grau de escolaridade (OLIVEIRA; LOPES; FERNANDES, 2014).

Uma linguagem simples e/ou o uso de recursos pictográficos, que comuniquem uma mensagem culturalmente adequada, podem minimizar as barreiras da comunicação, tornando-a mais eficiente e de maior alcance.

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde devem ter em mente que um material educativo deve ser adequadamente planejado, avaliado, produzido para atender a uma real necessidade do paciente e apresentado de uma forma adequada às características do mesmo.

O material escrito é um instrumento adjuvante do processo educativo uma vez que permite ao leitor, destinatário da comunicação, uma leitura posterior possibilitando-lhe a superação de eventuais dificuldades, através do processo de decodificação e de memorização (OLIVEIRA; LOPES; FERNANDES, 2014).

Como todo meio de comunicação, a comunicação escrita tem suas vantagens e desvantagens. Entre as vantagens podem-se destacar o custo da produção por unidade relativamente baixo; o papel complementar eficaz de outros meios de comunicação; a confiança relacionada ao prestígio e seriedade do autor; a assimilação da mensagem que se dá no ritmo de aprendizagem individual, podendo-se ler tantas vezes quantas forem necessárias; a liberdade do paciente para escolher o tempo e o local mais apropriado para a leitura. Como desvantagens, é impessoal, não podendo ter a mesma eficácia que a comunicação interpessoal, nem o mesmo valor social que os métodos de grupo; requer considerável esforço e dedicação; apresenta dificuldades para se avaliar o seu impacto em decorrência da difusão massiva (HOFFMANN; WARRALL, 2004).

Dentre os diversos tipos de tecnologias educacionais, como álbum seriado, *software*, jogos, manuais, hipertexto e hipermissão, temos a cartilha educativa como uma ferramenta de educação em saúde. A escolha desse tipo de tecnologia ocorreu devido as características do público-alvo, quando a tecnologia mais viável é o material educativo diante da perspectiva de poder fornecer, de forma impressa e ilustrativa, as informações necessárias à promoção da atividade sexual saudável de pessoas com lesão medular e também permitir que o paciente leve para casa as informações recebidas durante as consultas, o que poderá contribuir para o empoderamento do indivíduo e parceiro para a reorganização da sexualidade e uma melhor adaptação e desempenho nesta atividade de vida.

Este estudo justifica-se, diante da lacuna de materiais educativos sobre sexualidade da pessoa com lesão medular, aspecto este corroborado na revisão da literatura, bem como, o entendimento que as pessoas que vivenciam uma lesão medular, são carentes de informações sobre sua nova condição de saúde na alta hospitalar. No entanto, muitas vezes na prática clínica não há espaços, tempo e oportunidades para educação em saúde, principalmente quanto a expressão da sexualidade e atividade sexual, pois os cuidados são direcionados ao tratamento das lesões e alterações da fase aguda subsequente à lesão medular, todavia as questões relacionadas a sexualidade são negligenciadas.

Apesar deste aspecto ser abordado nos serviços de reabilitação, sabe-se que no Brasil existem dificuldades de acesso das pessoas com lesão medular a estes programas. Além disso, o tempo médio de permanência das pessoas com lesão medular em programas de reabilitação diminuiu substancialmente ao longo das últimas três décadas (SHEPHERD *et al.*, 2012; DELPARTE *et al.*, 2014).

Sendo assim, a realização deste estudo é relevante uma vez que oferece a oportunidade para momentos de ensino e aumentando a probabilidade dos pacientes adquirirem conhecimentos e habilidades importantes para promoção e manutenção da saúde, bem como a prevenção de complicações secundárias. Por conseguinte, é necessário desenvolver materiais educativos de alta qualidade, acessíveis e eficazes para suprir a carência de informação e capacitação das pessoas com lesão medular.

Diante de tais argumentações a tese aqui defendida é que uma tecnologia educativa, tipo cartilha, é válida, confiável e possibilita o conhecimento, a atitude e a prática adequados quanto à promoção da atividade sexual saudável de pessoas com lesão medular.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral

- Validar uma tecnologia educativa sobre atividade sexual de pessoas com lesão medular.

### 2.2 Específicos

- Construir uma tecnologia sobre a sexualidade da pessoa com lesão medular.
- Conhecer os interesses e necessidades educacionais da pessoa com lesão medular sobre sexualidade, função e atividade sexual, por meio de pesquisa documental em *blogs* e revisão integrativa.
- Validar a adequação do conteúdo e da aparência da tecnologia educativa com profissionais de saúde da área de neurologia.
- Validar a adequação de aparência da tecnologia educativa com profissionais de designer gráfico.
- Validar a adequação de aparência da tecnologia educativa com pessoas com lesão medular.
- Avaliar o conhecimento, a atitude e a prática sobre sexualidade com público-alvo, antes e depois da aplicação da tecnologia educativa.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Tecnologias e práticas de educação em saúde voltadas às pessoas com lesão medular: revisão integrativa

No contexto da sexualidade da pessoa com lesão medular, o uso de tecnologias educativas torna-se premente, com vistas a auxiliar na educação em saúde destas pessoas, ao aumentar o seu conhecimento e torná-lo apto a pensar, refletir e agir dentro do processo de saúde/doença. Portanto, contribui com o empoderamento do paciente e a melhoria da qualidade de vida, mediante adoção de hábitos de vida saudáveis e controle de fatores de risco.

As tecnologias são classificadas em três tipos: tecnologia dura, quando se utiliza instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos; tecnologia leve-dura, quando se lança mão de saberes estruturados; e tecnologias leves, nas quais se visualiza claramente que a implementação do cuidado requer o estabelecimento de relações (vínculo, gestão de serviços e acolhimento) (MERHY, 2002). Segundo Lima (2014), as cartilhas educativas são consideradas tecnologia leve-dura, pois contém saberes estruturados que facilitam o trabalho em saúde, auxiliando na memorização de conteúdos e direcionando atividades de educação em saúde.

Diante disso, o enfermeiro pode utilizar, em seu processo de trabalho, materiais educativos impressos como as cartilhas para realizar ações educativas, as quais podem servir como guia de orientações para o paciente e sua família, auxiliando nas tomadas de decisões do cotidiano (SOUSA, TURRINI, 2012; TORRES *et al.*, 2009).

As principais vantagens decorrentes do uso de cartilhas no processo de ensino-aprendizagem são: facilitar o processo de aquisição, aproveitamento e aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades; reforçar as informações e discussões orais e servir como orientações para dúvidas posteriores; e auxiliar nas tomadas de decisões (OLIVEIRA, 2006).

Limitações para o uso de cartilhas podem ocorrer e estão relacionadas principalmente a dificuldades de leitura pelo receptor, sendo necessário estabelecer uma comunicação efetiva por meio de mensagens que tenham vocabulário coerente com o público-alvo, convidativas, de fácil leitura e entendimento (FREITAS; CABRAL, 2008). Além disso, a cartilha ao ser elaborada deve refletir as necessidades educativas do público-alvo ao qual se destina.

Compreendendo a importância da temática tecnologia para a enfermagem, realizou-se uma revisão integrativa buscando conhecer os tipos de tecnologias utilizadas no processo de educação em saúde da pessoa com lesão medular.

O método da revisão integrativa permite a busca, a avaliação crítica e a síntese de resultados de pesquisas sobre um tema investigado, contribuindo com o aprofundamento do conhecimento e a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A questão norteadora foi: “Quais as tecnologias educativas utilizadas no processo de educação em saúde relacionadas a lesão medular”? Para seleção dos artigos utilizou-se acesso on-line a quatro bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (PUBMED/MEDLINE), SCOPUS – Base de dados multidisciplinar e Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).

O levantamento dos artigos ocorreu durante os meses de julho e agosto de 2015, utilizando os descritores controlados em inglês “*health education*” e “*Spinal Cord Injuries*”, mediados pelo operador booleano “*and*”, visando ampliar o quantitativo de estudos. Os descritores foram extraídos do Descritores em Ciências da Saúde (DECS) do Portal Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e do Medical Subject Headings (MESH) da National Library.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a revisão foram: ser artigo de pesquisa; estar escrito em português, inglês ou espanhol; ser publicação completa com resumos indexados nas bases de dados referidas acima e retratar tecnologias educativas utilizadas no processo de educação em saúde relacionado a lesão medular.

Após o levantamento nas quatro bases de dados mencionadas, obteve-se um total de 507 artigos científicos. Contudo, a amostra final foi composta por oito publicações, que atenderem aos critérios estabelecidos. Os artigos foram excluídos pelos seguintes motivos: não responderem à questão norteadora deste estudo, estarem repetidos, não se constituírem artigo de pesquisa e ter mais de dez anos de publicação.

Para análise e síntese dos artigos inclusos na amostra, utilizou-se um formulário adaptado de Ursi (2005). As adaptações do formulário foram referentes ao conteúdo adequando à temática de tecnologias e práticas educativas de educação em saúde voltadas às pessoas com lesão medular. O formulário foi preenchido para cada publicação da amostra final, contemplando as seguintes informações: identificação do artigo (autores, ano de publicação, formação e instituição dos autores, título do periódico); objetivos do estudo, características metodológicas (tipo de estudo e público-alvo e amostra); principais resultados (tecnologia utilizada/desenvolvida) e níveis de evidência desenvolvidos por Melnyk e Ficeout-Overholt

(2011) que trata da prática baseada em evidência na enfermagem e cuidados de saúde, disponível no quadro 1.

**Quadro 1** – Níveis de evidência aplicados na descrição dos estudos selecionados para revisão integrativa.

Nível de evidência	Delineamento metodológico	Força de evidência
Nível I	Revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados; Diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas ou meta-análises.	Forte
Nível II	Um ou mais ensaios clínicos controlados randomizados.	
Nível III	Ensaios clínicos controlados não-randomizados.	
Nível IV	Estudos de caso-controle ou estudos de coorte.	Moderada
Nível V	Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos	
Nível VI	Único estudo descritivo ou qualitativo.	Fraca
Nível VII	Opinião de especialistas.	

Fonte: MELNYK E FICEOUT-OVERHOLT, 2011.

O nível de evidência dos estudos, conforme descrito anteriormente, deve ser avaliado a fim de determinar a confiança no uso de seus resultados e fortalecer as conclusões que irão gerar o estado do conhecimento atual do tema investigado (POLIT; BECK, 2011).

A avaliação dos estudos incluídos efetuou-se por meio de leituras exploratória, seletiva, analítica e interpretativa dos textos. A análise dos dados teve por base a literatura pertinente. A síntese dos dados extraídos dos estudos que compuseram esta revisão apresenta-se de no quadro 2.

A busca realizada nas bases de dados PUBMED/MEDLINE, LILACS e SCOPUS ocorreu simultaneamente, das quais foram selecionados os oito artigos. Da busca na base CINAHL não foram selecionados nenhum artigo. Destes, sete foram publicados em periódicos médicos e um em revistas de enfermagem, porém seis artigos foram redigidos por médicos e dois por enfermeiros.

Com relação ao delineamento dos artigos avaliados, os artigos foram analisados e classificados como: ensaio clínico randomizado controlado (n=01), estudo de coorte multicêntrico (n=02), estudo descritivo com abordagem quantitativa (n=01), estudo exploratório com abordagem quantitativa (n=02), estudo de desenvolvimento (n=01) e pesquisa participativa baseada na comunidade (n= 01). No entanto, o tipo de estudo não estava explícito na metodologia de sete estudos, sendo necessário a análise cuidadosa para a identificação do mesmo.

Quanto ao nível de evidência dos estudos, houve predominância de estudo de natureza descritiva com nível de evidência VI/ fraco (n= 5), seguido de estudo de coorte

multicêntrico com nível de evidência IV/ moderado (n=2) e apenas um estudo de ensaio clínico randomizado controlado com nível de evidência II / forte (n= 1).

Os Estados Unidos da América (EUA) apresentaram o maior número de artigos (n=04), seguido do Canadá (n=03). Todos os artigos foram publicados na língua inglesa. Os anos de publicação predominantes foram 2014, 2013 e 2008, com dois estudos cada.

Os artigos utilizaram mais de um recurso educativo na educação em saúde sobre em pessoas com lesão medular. Houve o predomínio de materiais educativos eletrônicos. Os materiais didáticos se destinaram às pessoas com lesão medular, familiares/cuidadores, profissionais de saúde em geral e atuantes na área de reabilitação e estagiários.

A maioria dos estudos objetivou o desenvolvimento e/ou implementação de tecnologias educativas voltadas para a prevenção de condições secundárias e cuidados após a lesão medular; capacitação profissional sobre reabilitação de pessoas com lesão medular.

Os estudos utilizaram materiais educativos impresso como (Nº 1, 2 e 3): folhetos, cartazes, apostilas, manual de diretrizes; materiais educativos eletrônicos veiculados via *internet* como (Nº 1, 2, 3, 5, 6, 7 e 8): e-mail, vídeo, curso *online*, fóruns e apostilas eletrônicas; além de outros meios como correspondência (Nº 8), fotografia (Nº 8), e um modelo de gestão (Nº 4).

O embasamento teórico para elaboração dos materiais didáticos foi apresentado por metade dos estudos (Nº 2, 3, 5, 8), os quais basearam-se em *guideline*. Alguns estudos (Nº 1, 2, 5) consultaram o público-alvo sobre quais assuntos deveriam ser abordados no material educativo. Alguns desses estudos destacaram que a educação de pacientes deve ser concebida e entregue de acordo com princípios da teoria de aprendizagem de adultos, que ajuda o paciente a desenvolver competências para a aprendizagem autodirigida ao longo da vida (Nº 2, 5).

**Quadro 2** – Distribuição dos artigos da revisão integrativa sobre tecnologias e práticas de educação em saúde voltadas às pessoas com lesão medular.

Nº	Autores /Ano	Formação/ Instituição dos autores	Periódico/País de Publicação	Objetivos do Estudo	Tipo de Estudo/ Método	Tecnologia utilizada ou desenvolvida	Público-alvo	NE*
1	Newman, S. D. <i>et al.</i> (2014)	Enfermagem/ Universidade	<i>Disability and Health Journal</i> Estados Unidos	Descrever uma pesquisa participativa baseada na comunidade para o desenvolvimento e teste piloto de intervenção usando aprendizagem por pares de pessoas com lesão medular proporcionando educação em saúde para reduzir condições evitáveis e reinternações e aumentar a participação na comunidade.	Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade	Fotografia, material educativo, telefonemas, e- mail ( <i>Internet</i> )	Pessoas comLM** Cuidadores (n= 73)	VI
2	Delparte, J. J. <i>et al.</i> (2014)	Medicina/ Universidade	<i>Spinal Cord</i> / Canadá	Desenvolver um recurso educacional personalizado por pessoa com lesão medular e seus familiares.	Estudo de coorte multicêntrico	Cartazes, Folhetos, Apostilas (impressa e mídia eletrônica)	Pessoas comLM e familiares (n= 27); Profissionais de saúde (n=20)	IV
3	Gainforth H. L. <i>et al.</i> (2013)	Medicina Hospital/ Universidade	<i>Disability and Health Journal</i> Canadá	Examinar a eficácia de uma iniciativa de um evento baseado no conhecimento para disseminar as diretrizes de atividade física para pessoas com lesão medular.	Estudo exploratório quantitativo	Manual de diretrizes, telefonemas, folhetos e-mail	Pessoas comLM (n= 104)	VI
4	Hartshorn, C; D'Castro, E.; Adams, J. (2013)	Enfermagem/ Hospital	<i>Journal of Clinical Nursing</i> Austrália	Descrever a experiência de implementação de um novo modelo para a gestão da saúde sexual de pessoas com lesão medular, um modelo que envolve a maioria da equipe multidisciplinar.	Estudo descritivo quantitativo	Modelo de Gestão	Enfermeiros e Profissionais de Saúde (n= 59)	VI
5	Shepherd, J. D. <i>et al.</i> (2012)	Medicina/ Hospital/ Universidade	<i>The Journal of Spinal Cord Medicine</i> /Canadá	Desenvolver um recurso de educação <i>online</i> para uso na reabilitação de pessoas com lesão medular.	Estudo de desenvolvimento	Curso on-line com vídeos/ferramentas multimídias	Experts de reabilitação; pessoas com LM (n= 113)	VI
6	Hoffman, J. <i>et al.</i> (2011)	Medicina/ Hospital/ Universidade	<i>The Journal of Spinal Cord Medicine</i> Estados Unidos	Comparar duas intervenções educativas para reduzir os riscos de complicações em pessoas com lesão medular crônica. As intervenções são cursos educativos, presencial e <i>online</i> por meio de fórum via <i>internet</i> , com vistas a atingir um público diverso de pacientes, cuidadores e profissionais.	Estudo exploratório quantitativo	Fóruns, Vídeo, <i>Internet</i>	Pessoas comLM. cuidadores Profissionais de saúde (n= 422)	VI
7	Goodman, N. <i>et al.</i> (2008)	Medicina/ Hospital/ Universidade	<i>Archives of Physical Medicine and Rehabilitation</i> Estados Unidos	Determinar se o computador e a <i>internet</i> utilizado por pessoas após a lesão medular (LM) é suficientemente prevalente e de base ampla para considerar o uso desta tecnologia como modalidade de tratamento a longo prazo para os pessoas que LM.	Estudo de coorte multicêntrico	Computador e <i>Internet</i>	Pessoas comLM (n= 2926)	IV
8	Rintala, D.H <i>et al.</i> (2008)	Medicina/ Hospital	<i>Archives of Physical Medicine and Rehabilitation</i> Estados Unidos	Testar a hipótese de que educação aprimorada e seguimento estruturado após a cirurgia de úlcera de pressão resultará em menos recorrências.	Ensaio Clínico Randomizado controlado	Telefone, e-mail, correspondência.	Pessoas comLM (n= 49)	II

Fonte: Elaborado pela autora. \* NE = Nível de Evidência \*\* LM = Lesão Medular

Os estudos direcionados as pessoas com lesão medular representaram a maioria dos artigos e utilizaram materiais educativos voltados à prevenção de complicações e condições secundárias à lesão medular, prática de atividade física, prevenção de úlceras por pressão (NEWMAN *et al.*, 2014; DELPARTE *et al.*, 2014; GAINFORTH *et al.*, 2013; SHEPHERD *et al.*, 2012; HOFFMAN *et al.*, 2011; GOODMAN *et al.*, 2008; RINTALA *et al.*, 2008).

Estudos de Newman *et al.* (2014), Delparte *et al.* (2014), Shepherd *et al.*, (2012) e Hoffman *et al.* (2011) também foram direcionados aos cuidadores e/ou profissionais de saúde.

Porém, apenas o estudo Hartshorn; D'Castro; Adams (2013) foi direcionado exclusivamente a enfermeiros e profissionais de saúde e abordou a temática da sexualidade de pessoas com lesão medular, propondo um modelo de gestão da saúde sexual destas pessoas.

O modelo de gestão da saúde sexual de pessoas com lesão medular foi estruturado em quatro níveis: abordagem, educação, resolução de problemas e especialista. Este modelo fornece o apoio necessário para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para aumentar o envolvimento de profissionais de saúde na educação sexual dentro de um programa reabilitação integral (HARTSHORN; D'CASTRO; ADAMS, 2013).

As estratégias educacionais apresentadas nos estudos envolveram: a educação entre pares (estudo N°1); de apostila personalizada pelo usuário (estudo N°2); realização de eventos para divulgar um tecnologia (estudo N°3); desenvolvimento de tecnologia para capacitação e instrumentalização profissional (estudo N°4); curso *online* e fóruns com utilização de vídeo para capacitação de usuários e profissionais (estudos N°5 e 6); a utilização do computador, *internet*, telefonema, e-mail ou correspondência para o acompanhamento de usuário (estudos N°7 e 8).

A educação em saúde entre pares é uma estratégia educacional motivante e reconfortante, pois possibilita que uma pessoa recém-acometida por uma lesão medular possa aprender com as experiências de outras pessoas que compartilham da mesma afecção e ajuda no estabelecimento de metas e identificação de barreiras no processo de reabilitação. Este tipo de abordagem promove uma melhoria da saúde de pessoas com lesão medular ao reduzir complicações secundárias, como infecções urinárias e úlceras de pressão, bem como reinternações, portanto, capacita as pessoas com lesão medular a exercerem o controle de suas vidas alcançando a vida independente (NEWMAN *et al.*, 2014).

Estudo realizado em centro de reabilitação desenvolveu uma tecnologia educativa do tipo folheto para educação em saúde de pessoas com lesão medular e seus familiares/cuidadores. A construção dos folhetos ocorreu em colaboração com o público-alvo,

peças com lesão medular e familiares/cuidadores, e profissionais de saúde que trabalhavam na reabilitação de pessoas com lesão medular (DELPARTE *et al.*, 2014).

Os folhetos foram disponibilizados aos usuários hospitalizados em armários próprios de livre acesso em setores de circulação do centro de reabilitação, junto aos armários foram colocados cartazes com instruções de como montar a apostila. Cada usuário recebeu instruções de uma equipe treinada sobre como compor a sua apostila de forma personalizada com os assuntos de seu interesse (DELPARTE *et al.*, 2014).

Em geral, as apostilas buscaram capacitar as pessoas com lesão medular e familiares/cuidadores para a autogestão da condição de saúde, gestão financeiras e acesso a serviços e recursos comunitários. Os folhetos foram disponibilizados de forma impressa e em mídias eletrônicas através de dispositivos *Universal Serial Bus* (USB) e *online*. Os folhetos também foram utilizados para capacitação de novos profissionais, estudantes e voluntários (DELPARTE *et al.*, 2014).

Gainforth *et al.* (2013) utilizou recuso de comunicação interpessoal (telefonema) e de comunicação de massa (folhetos e e-mail) para disseminar apresentações e atividades interativas destacando diretrizes de atividades físicas com o objetivo de persuadir as pessoas com lesão medular a adotar as diretrizes, utilizando para tanto o processo de inovação-decisão e a teoria do comportamento planejado. Este estudo considerou estes recursos uma ferramenta importante para disseminação de conhecimento e mudança de atitude e comportamento, no entanto, destaca que são necessários esforços suplementares para aumentar, em longo prazo, a adoção, a implementação e a manutenção de comportamentos e resultados positivos alcançados.

Cursos e fóruns *online* com a utilização de vídeo mostram-se como uma estratégia tecnológica eficaz, que além de fornecer informações e auxiliar no desenvolvimento de habilidades, também é capaz de provocar mudança de atitude e comportamento. Embora a versão presencial destas tecnologias mostre impacto tão positivo quanto a versão *online*, a versão *online* transcende barreiras geográficas e temporais, especialmente em áreas rurais ou de difícil acesso, possibilitando atingir um público maior e diversificado de pessoas, mesmo com uma única apresentação. Este formato pode ser utilizado para capacitação de pessoas com doença crônicas, familiares/cuidadores e profissionais de saúde (HOFFMAN *et al.*, 2011; SHEPHERD *et al.*, 2012).

A utilização do computador e da *internet* por pessoas com lesão medular pode ser considerada uma ferramenta para auxiliar: o preparo do indivíduo para o autocuidado; a prevenção de complicações secundárias à lesão medular; o tratamento/acompanhamento em longo prazo de pessoas lesão medular; e aprimoramento de habilidades para um novo emprego.

Para tanto, pode-se utilizar estratégias educativas, tais como: aconselhamento *online*, grupos de apoio, educação em pares (GOODMAN *et al.*, 2008).

Estudo de Rintala *et al.* (2008), sobre prevenção de recorrência de úlcera por pressão em pessoas com lesão medular que foram submetidas à cirurgia para tratamento de úlcera por pressão, realizou um comparativo entre três estratégias de seguimento, baseadas no modelo de cuidados crônicos: o primeiro grupo de pessoas recebeu educação individualizada e acompanhamento estruturado mensal por telefone; o segundo grupo recebeu acompanhamento mensal sem conteúdo educacional por e-mail ou telefone; e o terceiro grupo recebeu acompanhamento trimestral sem conteúdo educacional por e-mail ou telefone. Acompanhamento continuou até a recorrência, morte ou por 24 meses.

Os resultados foram analisados estatisticamente e mostram que a recorrência de úlceras foi menor no primeiro grupo, moderada no segundo e mais elevada no terceiro, embora tenham existido outras variantes; isso evidencia que a educação individualizada aumentou o conhecimento dos pacientes sobre úlceras de pressão e o acompanhamento frequente incentivou e apoiou o aprendizado (RINTALA *et al.*, 2008).

Portanto, a presente revisão integrativa revela que as tecnologias educacionais são imprescindíveis nas práticas de educação em saúde, pois inserem os indivíduos no processo educativo, colaboram para o empoderamento dos envolvidos e facilitam o desenvolvimento de habilidades pessoais que irão manter e melhorar a saúde.

A eficácia das ações em educação em saúde depende da correta comunicação da mensagem, da base científica da mesma, com a credibilidade da fonte e o uso de canais familiares para o alcance do público-alvo (MOREIRA, NÓBREGA, SILVA, 2003). A educação efetiva fornece aos indivíduos com lesão medular e seus familiares o conhecimento e as habilidades necessárias para autogestão da sua condição de saúde.

A elaboração de materiais disponibilizados em múltiplos formatos garante que a informação relevante seja acessível aos pacientes que estão em ambiente hospitalar ou na comunidade. O material educativo pode complementar outras estratégias educacionais existentes (DELPARTE *et al.*, 2014).

Nesse contexto, disseminar informações sobre lesão medular, não é suficiente para solucionar problemas. É necessário que estas estejam em conformidade com as carências educativas e a realidade vivenciada pela população. Assim, é indispensável inserção dos sujeitos dos estudos como sujeitos ativos e parceiros de investigação no processo de desenvolvimento, implementação e avaliação de tecnologias educativas (SHEPHERD *et al.*, 2012; DELPARTE *et al.*, 2014; NEWMAN *et al.*, 2014).

Não foi mencionado que os materiais desenvolvidos nestes estudos foram submetidos a processos de validação antes de serem repassados ao público, embora recomendasse-se que os materiais empregados sejam submetidos à validação e testagem para avaliação do impacto no aprendizado dos indivíduos, e assim possam ser designados como tecnologias (RINTALA *et al*, 2008; OLIVEIRA, FERNANDES, SAWADA, 2008; NEWMAN *et al.*, 2014).

Diante desses dados, optou-se por elaborar uma cartilha para educação em saúde de pessoas com lesão medular abordando a temática da sexualidade, considerando que existem poucos recursos educacionais relacionados a esta temática, embora estudos reconheçam a importância e a necessidade de mais estudos (HOFFMAN *et al*, 2011; SHEPHERD *et al.*, 2012; HARTSHORN; D'CASTRO; ADAMS, 2013; DELPARTE *et al.*, 2014).

### **3.2 Sexualidade da pessoa com lesão medular: revisão de literatura**

#### ***3.2.1 Função sexual da pessoa com lesão medular***

##### ***3.2.1.1 Função sexual masculina***

A lesão medular afeta a sexualidade masculina fisiologicamente, psicologicamente e emocionalmente, causando prejuízos na qualidade de vida e na autopercepção. O nível e o grau da lesão medular determinam a extensão dos efeitos na função sexual da pessoa. (AKMAN; CELIK; KARATAS, 2015).

Estudos revelam que a reabilitação da função sexual é prioridade para os paraplégicos e a segunda maior prioridade para os tetraplégicos, atrás apenas da recuperação da função dos membros superiores e inferiores. A preocupação com a função sexual explica-se em partes pelo fato da maioria dos homens acometidos por lesão medular traumática serem jovens em idade reprodutiva entre 16 – 45 anos de idade (OLIVEIRA *et al.*, 2016; AKMAN; CELIK; KARATAS, 2015; TORRECILHA *et al*, 2014; KHAK *et al.*, 2014; MACHADO; MIRA, 2010).

Muitas pessoas acreditam que o homem com lesão medular é impotente e infértil, devido as disfunções sexuais decorrentes da lesão medular, essa crença deve-se principalmente às questões culturais e desconhecimento sobre a fisiopatologia da função sexual e a reabilitação sexual (AKMAN; CELIK; KARATAS, 2015).

Os mitos e as atitudes sociais originam inibições que condicionam a abordagem desta temática; a sociedade criou estereótipos, aos quais os profissionais de saúde não são imunes, atribuindo à pessoa com deficiência a condição de indivíduos assexuados, negligenciando as suas expressões de sexualidade como promotoras do autoconceito e da autoestima. Ao invés de ser encarada como uma atividade estimulante e prazerosa, a sexualidade assume contornos de tabu e encerra sólidos obstáculos na sua reabilitação (GARRETT, 2012).

No entanto, a satisfação sexual é um importante aspecto da vida da pessoa com lesão medular e diferentes métodos de tratamentos para as disfunções sexuais devem ser considerados para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas (KHAK *et al.*, 2014).

O impacto na qualidade de vida independe da etiologia, do grau e tempo de lesão. A capacidade de fazer adaptações à vida sexual depois da lesão medular está intimamente ligada à qualidade de vida, e o resultado do ajuste geral da vida é altamente influenciado pela extensão em que a reabilitação sexual é bem-sucedida. Ter atividade e satisfação sexual após a lesão está associada com a melhoria da qualidade de vida e da vida global (CRAMP; COURTOIS; DITOR, 2015).

A disfunção sexual consiste na incapacidade de participar do ato sexual com satisfação (AFIF-ABDO, 2007). A disfunção sexual na lesão medular inclui, além de mudanças físicas, neurais e endócrinas, o impacto sobre a autoimagem e as emoções do indivíduo com relação à sua sexualidade (GARRETT *et al.*, 2009; TORRECILHA *et al.*, 2014).

As disfunções sexuais masculinas após a lesão medular podem afetar a ereção, ejaculação, orgasmo e fertilidade. No entanto, a ereção é menos prejudicada que a ejaculação. Segundo pesquisas, cerca de 80 – 95% dos homens com lesão medular conseguem ter ereção psicogênica ou reflexa, ou ambas; já a ejaculação é prejudicada em aproximadamente 90% destes indivíduos. (OLIVEIRA *et al.*, 2016; AKMAN; CELIK; KARATAS, 2015; ALBRIGHT *et al.*, 2015; TORRECILHA *et al.*, 2014).

A disfunção erétil é caracterizada como a incapacidade do homem atingir e/ou manter uma ereção peniana suficientemente rígida para uma relação sexual satisfatória (KHAK *et al.*, 2014; TORRECILHA *et al.*, 2014).

Outros fatores podem interferir na disfunção erétil: diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, hábitos etilistas e tabagistas, obesidade, distúrbios do sono, ansiedade, depressão entre outros (KHAK *et al.*, 2014).

Alguns homens com lesão medular têm uma diminuição do hormônio testosterona possivelmente relacionada com a gravidade e o tempo de lesão medular. Mas atualmente, não

existem recomendações sobre a reposição hormonal em homens com lesão da medular (HESS; HOUGH, 2012).

A idade e o tempo de lesão não influenciam muito na função sexual, mas podem influenciar nos ajustes sexuais após a lesão, pois existem muitos tabus e pré-conceitos difíceis de serem quebrados por pessoas de idade mais avançada (KHAK *et al.*, 2014; ISHIBASHI; OLIVIERI; COSTA, 2005).

A vida sexual do homem é bastante correlacionada com capacidade de obter uma ereção adequada e duradoura de modo a permitir a cópula. A lesão medular pode alterar alguns itens da gênese da ereção, a saber: condicionantes físicos e psicológicos; e mecanismos de manutenção.

A resposta sexual após a lesão medular depende da extensão e da localização da lesão (ALBRIGHT *et al.*, 2015). No homem existem dois tipos de ereção: reflexa e psicogênica.

Uma ereção normal pode ser desencadeada por qualquer dos mecanismos (reflexo ou psicogênico), havendo, no entanto, necessidade de integridade dos dois centros medulares e das respectivas conexões neurológicas para assegurar uma ereção de qualidade para permitir uma relação sexual (MACHADO; MIRA, 2010).

O centro sagrado (S2-S4) (sistema nervoso parassimpático e somático) permite a obtenção de uma ejaculação e ereção reflexa, após estimulação local dos órgãos genitais externos, sendo os impulsos transmitidos para a espinhal medula pelo nervo pudendo. Quando o arco reflexo está preservado, como acontece nas lesões medulares acima dos centros sagrados (lesão superior a T11), a ereção reflexa é possível, desde que a medula sagrada se encontre intacta (MACHADO; MIRA, 2010).

E o centro toracolombar (T10-L2) (sistema nervoso simpático) permite a ejaculação e ereção psicogênica, após estímulos visuais, olfativos ou auditivos, transmitidos pelos nervos hipogástricos. A ereção psicogênica, acontece nas lesões medulares abaixo dos centros sagrados (lesão inferior a T11) e existe lesão da medula sagrada. Esse tipo de ereção é menos rígida e mantém-se por menos tempo que a ereção reflexa, pois há apenas um aumento da tumescência e do comprimento do pênis sem existir uma rigidez suficiente para que possa ocorrer a penetração (MACHADO; MIRA, 2010; TORRECILHA *et al.*, 2014).

A ereção mista é viável em lesões medulares situadas entre os níveis L2-S2, mas pode existir uma grande variação individual quanto à duração e rigidez da resposta erétil, geralmente de baixa qualidade (MACHADO; MIRA, 2010).

Em resumo, podemos dizer que em lesões acima de T11/T12, fica preservada a ereção tipo reflexa; e em lesões abaixo deste nível fica preservada a ereção psicogênica.

Portanto, é importante que o homem com lesão medular conheça o nível de sua lesão, pois desta forma, ele perceberá qual o tipo de ereção que está preservada para poder realizar os estímulos apropriados.

No entanto, na disfunção sexual após a lesão medular, a ereção é menos prejudicada que a ejaculação, compreendida pela propulsão do sêmen ao sair pela uretra.

O mecanismo da ejaculação compreende duas fases, a emissão e a expulsão.

A emissão caracteriza-se por uma série de contrações da próstata, canais deferentes e vesículas seminais, com acumulação de esperma na uretra prostática. Esta fase é dependente do centro toracolombar (T10-L2). (MACHADO; MIRA, 2010; ALBRIGHT *et al.*, 2015).

A expulsão ocorre devido às contrações rítmicas dos músculos perineais e uretrais, com relaxamento do esfíncter estriado da uretra e encerramento do colo vesical, provocando a expulsão do líquido seminal acumulado previamente. Esta fase é controlada pelo centro sagrado (S2-S4). (MACHADO; MIRA, 2010; ALBRIGHT *et al.*, 2015).

Na lesão medular, a ejaculação juntamente com a emissão, que consiste na formação do esperma, estão mais comprometidas que a ereção. Em geral os homens com de lesão medular apresentam dificuldades para ejacular, principalmente os que foram acometidos por lesão completa (MACHADO; MIRA, 2010; ALBRIGHT *et al.*, 2015).

A disfunção ejaculatória é uma consequência frequente da lesão medular, estando a sua gravidade correlacionada com o nível e extensão da lesão. Nas lesões acima de T11 os centros medulares da emissão e da ejaculação estão preservados e a ejaculação é possível, contudo essas funções ainda assim sofrem alterações. Nas lesões entre T11-L1, a ejaculação é impossível. E nas lesões abaixo de L1 a ejaculação é precoce, quando a medula sagrada não se encontra afetada, porém o sêmen não sai em jato (MACHADO; MIRA, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Em resumo, para que ocorra a efetivação completa da ejaculação, são necessárias duas fases, a primeira é a emissão que é mediada pelo centro toracolombar e ocorre por estimulação psicogênica, e a segunda é a expulsão que é mediada pelo centro sagrado e ocorre por estimulação reflexa.

Em geral, pensa-se que a maioria dos homens com lesão medular são incapazes de ejacular, mas é possível que muitos deles tenham ejaculação retrógrada. Esse tipo de ejaculação ocorre por ausência de relaxamento do esfíncter uretral externo (inervação parassimpática) ou por ausência de contração do esfíncter uretral interno (inervação simpática). Apesar da ejaculação retrógrada não apresentar riscos para o homem, o contato com a urina prejudica a qualidade do sêmen (MACHADO; MIRA, 2010).

Cabe ainda destacar a ejaculação retrógrada, que é bastante comum entre os lesionados medulares. Esse tipo de ejaculação acontece pelo fato de que no homem o canal que encaminha o esperma é o mesmo da urina, então o esfíncter que deveria se manter fechado no momento da ejaculação não o faz, permitindo a passagem de esperma para a bexiga. Como a urina não constitui meio apropriado para os espermatozoides, eles acabam perdendo suas funções. Nesse caso, o esperma é excretado no momento do esvaziamento da bexiga (CAVALCANTE *et al.*, 2007).

Estudos indicam que apenas 5-10% dos homens com lesão medular mantêm a capacidade de ejacular, no entanto, na maioria das vezes, o esperma é de má qualidade, pois a quantidade e qualidade dos espermatozoides fica diminuída. Alguns fatores referidos para esta baixa qualidade são: os desequilíbrios hormonais (modificações no eixo hipotálamo-hipófise e hiperprolactinemia podem levar à alteração da espermatogênese); fibrose intersticial testicular, elevação da temperatura escrotal (podendo levar à diminuição da quantidade e mobilidade dos espermatozoides); traumatismos das vias urinárias devido os cateterismos vesicais; estase seminal pela redução da frequência de ejaculação, isso faz com que o esperma fique depositado no trato geniturinário por períodos prolongados e o aumento das citosinas e radicais livres reduzem a resistência e mobilidade do espermatozoide; infecções geniturinárias, que podem atingir os canais deferentes; e algumas medicações. No entanto, o papel destes fatores permanece controverso (CAVALCANTE *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Machado e Mira (2010) salientam que um indivíduo pode ter um potencial neurológico mínimo e ser capaz de ter uma atividade sexual quase normal, contudo, outro indivíduo com uma lesão neurológica menos acentuada, pode ser considerado sexualmente como se tivesse uma lesão completa.

Com o desenvolvimento de pesquisas, surgiram diversas maneiras para realizar o ato sexual de forma mais confortável e segura para as pessoas com lesão medular, assim como foram criadas técnicas para solucionar as dificuldades encontradas no processo de reprodução (CAVALCANTE *et al.*, 2008).

Para as disfunções sexuais masculinas, os tratamentos adequados variam da psicoterapia ao tratamento cirúrgico, podendo ser associados dois ou mais procedimentos, dependendo de cada caso. As disfunções sexuais resultantes da lesão medular podem ser contornadas e solucionadas através de diferentes métodos. Alguns procedimentos são fundamentais para obter bons resultados com o tratamento, que deve objetivar mais que a remissão da sintomatologia: orientar, informar e educar o paciente com a disfunção; tratar ou

pelo menos minimizar a causa da disfunção; comprometer, sempre que possível, a parceira no processo terapêutico (CAVALCANTE *et al.*, 2008; MACHADO; MIRA, 2010).

Entre as dificuldades significativas para homens com lesão medular para a realização do ato sexual, está a disfunção erétil, embora a maioria dos homens possa ter a capacidade de ejacular, em muitos casos a ereção não é suficiente para o coito ser completo. O tratamento da disfunção erétil deve se iniciar pelo reconhecimento da causa e obedecer a critérios, evitando-se procedimentos invasivos e cirurgias antes de tratar ou minimizar as questões clínicas e os fatores de risco (AFIF-ABDO, 2007; CAVALCANTE *et al.*, 2008).

O método mais adequado para cada cliente é determinado pela avaliação médica levando em consideração todos os riscos e benefícios, além das circunstâncias e interesses do cliente como conforto, preferências e habilidades. Algumas técnicas podem ser eliminadas como possibilidade devido ao alto custo. Outras podem trazer prejuízos a longo prazo por causar lesões no pênis, como os medicamentos injetáveis. E os implantes podem provocar a perda da ereção natural devido à destruição mecânica de estruturas do pênis. Por isso, essas e muitas outras desvantagens devem ser analisadas cautelosamente, objetivando a satisfação e saúde do cliente (CAVALCANTE *et al.*, 2008; AKMAN; CELIK; KARATAS, 2015).

De acordo com o Ministério da saúde, a decisão sobre o encaminhamento da pessoa com disfunção erétil para um serviço de referência, em especial para avaliação urológica, cardiológica ou psiquiátrica, deve ser feita sempre que houver dúvida com relação ao diagnóstico ou tratamento ou, ainda, quando este não for efetivo e se considerar alternativas terapêuticas, como a colocação de prótese peniana, por exemplo (BRASIL, 2013).

Os tratamentos para a disfunção erétil, podem ser divididos em tratamentos clínicos: medicações orais ou sublinguais, medicação intra-uretral, medicação injetável intracavernosa, bomba de vácuo e anel de constrição; e em tratamentos cirúrgicos: próteses penianas maleável e inflável (CAVALCANTE *et al.*, 2008; GARRETT *et al.*, 2009; MACHADO; MIRA, 2010).

Os medicamentos orais ou sublinguais utilizadas para as disfunções eréteis são inibidores da fosfodiesterase, como sildenafil, vardenafila ou tadalafila, essas substâncias potencializam o efeito do óxido nítrico, promovendo o relaxamento do músculo liso cavernoso e melhorando o fluxo sanguíneo para o pênis, tornando-o ereto (WESPES *et al.*, 2006; AFIF-ABDO, 2007; CAVALCANTE *et al.*, 2008; GARRETT *et al.*, 2009; MACHADO; MIRA, 2010; AKMAN; CELIK; KARATAS, 2015; ALBRIGHT *et al.*, 2015).

Os três medicamentos têm o mesmo mecanismo de ação e são igualmente eficientes, cada uma apresenta uma característica específica que pode variar quanto a duração

da ereção e os efeitos adversos. Segundo Aff-Abdo (2007), o sildenafil provoca uma maior rigidez na ereção, o vardenafila tem uma ação mais rápida e o tadalafila uma ereção mais duradoura. Portanto, o tratamento deve ser individualizado.

Geralmente, o medicamento deve ser administrado entre 30 e 60 minutos antes do início da relação sexual e deve ser combinada com a estimulação dos órgãos genitais e estimulação psíquica (CAVALCANTE *et al.*, 2008; ALBRIGHT *et al.*, 2015; WESPES *et al.*, 2006).

O surgimento dos inibidores da fosfodiesterase-5 trouxe nova alternativa para o tratamento da disfunção erétil, que pode ser utilizada pelas equipes de atenção primárias à saúde. Essa substância age promovendo o relaxamento dos corpos cavernosos, com consequente aumento do fluxo sanguíneo peniano e ereção. Algumas de suas características estão resumidas abaixo:

**Quadro 3** – Medicações orais para o tratamento da disfunção erétil.

Inibidores da Fosfodiesterase	Dosagem	Duração da ação	Frequência máxima de uso
Sildenafil	25, 50 ou 100 mg	2-4 horas	1 vez ao dia
Vardenafila	5, 10 ou 20 mg	4-6 horas	1 vez ao dia
Tadalafila	20 mg	Até 36 horas	1 vez a cada 72h

Fonte: Brasil (2013).

Os medicamentos variam bastante quanto a dosagem, ao tempo e a frequência de uso (Quadro 3). E a prescrição deve ser realizada por um profissional médico que deve avaliar as individualidades de cada paciente. Então, não é adequado e nem seguro buscar indicações de tratamentos de outras fontes, se não as profissionais.

No entanto, os inibidores da fosfodiesterase apresentam efeitos adversos relacionados à sua ação vasodilatadora e incluem: hipotensão (com risco de quedas), cefaleia, hiperemia facial (*flushing*), turvação visual, vômitos e diarreia. Priapismo é um efeito adverso possível, porém não é comum. (MACHADO; MIRA, 2010; BRASIL, 2013).

As contraindicações ao uso dos inibidores da fosfodiesterase são: uso concomitante de vasodilatadores potentes (especialmente os alfa-bloqueadores); substâncias que estimulem a formação de óxido nítrico (especialmente os nitratos), não sendo indicado à pessoas com lesão medular usuárias desta substância para o controle da disreflexia autonômica; pacientes cardiopatas e coronarianos graves, além de hipertensos de difícil controle, em polifarmácia (MACHADO; MIRA, 2010; BRASIL, 2013).

Estudo realizado por Garrett *et al.* (2009), observou que a melhora da função erétil foi capaz de melhorar a performance sexual do homem com lesão medular e conseqüentemente refletiu na melhora da sua qualidade de vida e da satisfação das suas parceiras (GARRETT *et al.*, 2009).

Os medicamentos intra-uretrais, também conhecidos por *Medicated Urethral System Erection* (MUSE), são uma via de administração tópica de um fármaco vasoativo tipo prostaglandina (PGE-1), o Alprostadil em comprimido uretral. Essa substância é rapidamente absorvida pela mucosa uretral e provoca o aumento do fluxo de sangue para pênis provocando a ereção. A principal vantagem é a ação rápida, poucos efeitos sistêmicos e é administrado por uma via menos invasiva que os medicamentos injetáveis e não tem contraindicação à utilização concomitante com nitratos. Mas existe relatos de disúria pelo efeito mecânico do comprimido e redução da tensão arterial após a administração do medicamento. (GARRETT *et al.*, 2009).

Sempre que a terapia oral é ineficaz, os medicamentos injetáveis são uma alternativa. Elas são bastante conhecidas pelo público, são utilizadas substâncias vasoativas injetadas diretamente na base do pênis diretamente nos corpos cavernosos. Elas provocam vasodilatação e conseqüentemente ereção de boa qualidade, semelhante ao mecanismo de ereção dos medicamentos orais (CAVALCANTE *et al.*, 2008).

As substâncias injetadas podem ser: prostaglandinas (Alprostadil), papaverina, fentolamina e clorpromazina. Estas drogas podem ser injetadas sozinhas ou em combinação de duas ou três drogas, isso depende da orientação médica de acordo com as reações que elas provocam na pessoa. O alprostadil é o mais utilizado pois a sua semi-vida é mais curta, está associada a menos dor local, menor risco de fibrose e de priapismo, sendo geralmente a substância preferida pelos pacientes; essa droga tem um efeito melhor em homens com lesão medular do que em homens sem deficiência. (MACHADO; MIRA, 2010; GARRETT *et al.*, 2009).

Esta técnica apresenta como efeitos laterais: disestesias, priapismo, fibrose intracavernosa e convulsões. As injeções intracavernosas requerem destreza manual e alternância dos locais de aplicação no pênis. Se não for possível a auto-administração, como em caso de tetraplegia ou inabilidade manual, a droga deverá ser administrada pelo parceiro ou cuidador (AFIF-ABDO, 2007; GARRETT *et al.*, 2009; MACHADO; MIRA, 2010; HESS; HOUGH, 2012).

Uma alternativa ao uso de medicamentos, é a vacuoterapia. Trata-se de um tratamento clínico com a utilização de um equipamento, conhecido por bomba de vácuo ou cilindro de vácuo. A ereção é obtida por meio de estimulação mecânica que provoca efeito

vasoativo desencadeado em um maior fluxo sanguíneo aos corpos cavernosos. É indicado para homens que conseguem efetivar a ereção reflexa (CAVALCANTE *et al.*, 2008; GARRETT *et al.*, 2009; MACHADO; MIRA, 2010).

O cilindro a vácuo ou bomba de vácuo é um simples aparelho cilíndrico, no qual o pênis é introduzido até que o cilindro alcance a base do pênis mantendo uma vedação, em seguida o vácuo é induzido por uma ação manual ou eléctrica, produzindo uma pressão negativa que direciona um maior aporte sanguíneo para o órgão, causando o ingurgitamento dos corpos cavernosos e obtendo-se a ereção peniana. Posteriormente deve-se aplicar o anel constritor na base do pênis já ereto para manter a ereção, esse anel também é conhecido como anel peniano (CAVALCANTE *et al.*, 2008; MACHADO; MIRA, 2010).

O anel constritor evita o retorno venoso e reduz o risco de perda de urinária, e pode manter a ereção por 20 a 30 minutos e deve ser retirado no fim da relação sexual. Deve-se respeitar o tempo máximo de 30 minutos de utilização do anel, porque ereções mais prolongadas estão associadas ao risco de priapismo, estando este procedimento contra-indicado em pessoas que fazem uso de anticoagulantes. Deve-se ter o cuidado na utilização do dispositivo de vácuo, pois se utilizado de forma inapropriada pode causar petéquias e edema no pênis (CAVALCANTE *et al.*, 2008; GARRETT *et al.*, 2009; MACHADO; MIRA, 2010; ALBRIGHT *et al.*, 2015).

O anel constritor pode ser utilizado isoladamente quando o homem é capaz de obter a ereção por estímulos reflexo; quando o homem alcançar a ereção ele deve colocar o anel na base do pênis. É um sistema simples e eficaz, mas que no caso dos tetraplégicos podem necessitar de maior apoio da parceira. (CAVALCANTE *et al.*, 2008; GARRETT *et al.*, 2009; MACHADO; MIRA, 2010).

Apesar de ser um método pouco invasivo, a adesão dos pacientes não é muita por motivos essencialmente estéticos. Este método é mais aceitável em indivíduos mais velhos. E a eficácia, definida como uma ereção suficiente para penetração, é alta, atingindo até 90% e taxas de satisfação dos pacientes variam entre 27 e 94% (WESPES *et al.*, 2006; MACHADO; MIRA, 2010).

A prótese peniana deve ser o último recurso no tratamento da disfunção erétil e só deve ser recomendada para aqueles indivíduos que apresentaram falha no tratamento farmacológico e mecânico. É o método mais invasivo e está associado a complicações potencialmente graves, como a erosão por falta de sensibilidade e riscos de colonização e infecção do dispositivo, especialmente em homens com lesão medular devido a susceptibilidade as infecções do trato geniturinário. Em 25% dos casos é necessária a remoção do dispositivo

devido a infecção. (WESPES *et al.*, 2006; GARRETT *et al.*, 2009; MACHADO; MIRA, 2010; ALBRIGHT *et al.*, 2015).

Não está indicado em indivíduos com a sensibilidade preservada, pois pode comprometer as vias nervosas remanescentes. Mas, quando o implante é bem-sucedido, a taxa de satisfação varia entre 70 a 87% beneficiando a vida conjugal. Acrescenta-se, também, que os implantes podem ser úteis para a colocação de dispositivos urinários (WESPES *et al.*, 2006; GARRETT *et al.*, 2009; MACHADO; MIRA, 2010; ALBRIGHT *et al.*, 2015).

Através de procedimento cirúrgico é implantado dois cilindros em silicone no espaço até então ocupado pelos corpos cavernosos. Estes cilindros podem ser maleáveis (semirrígidos) ou insufláveis (com dois ou três componentes), sendo, no entanto, uma solução irreversível (WESPES *et al.*, 2006; GARRETT *et al.*, 2009; MACHADO; MIRA, 2010).

A prótese maleável é composta por dois cilindros de silicone com haste metálica flexível, que proporcionam ereção constante e isso pode ser um incômodo físico e estético, mas pode ser posicionada de acordo com as necessidades (WESPES *et al.*, 2006; GARRETT *et al.*, 2009; MACHADO; MIRA, 2010).

A prótese inflável é composta por dois cilindros que podem ser inflados e desinflados conforme a necessidade da pessoa através de um dispositivo implantado na bolsa escrotal. Tem um aspecto mais natural (WESPES *et al.*, 2006; GARRETT *et al.*, 2009; MACHADO; MIRA, 2010).

Como já mencionado anteriormente, devido às alterações nas funções sexuais decorrentes da lesão medular, muitos homens têm dificuldade para ejacular durante o ato sexual e isso pode impedir que a fertilidade ocorra naturalmente. Além disso, também existe o comprometimento da qualidade e quantidade dos espermatozoides presentes no esperma.

Mas com o desenvolvimento de tecnologias na área da saúde, existem técnicas e procedimentos que podem auxiliar a obtenção da ejaculação, recolha e tratamento do esperma e fertilização.

Na literatura são referidos vários métodos de colheita de sêmen, e as indicações dependem dos comprometimentos de cada indivíduo. Em ordem crescente de complexidade, são apresentadas as principais técnicas para a obtenção do sêmen: vibroestimulação peniana, eletroejaculação, aspiração do canal deferente e epidídimo, e biópsia testicular.

A vibroestimulação, é referida como sendo o tratamento de primeira linha na disfunção ejaculatória, atingindo uma taxa de sucesso de 16-96% nas colheitas. O procedimento consiste na estimulação mecânica produzida por um vibrador encostado no pênis que desencadeia o arco-reflexo, induzindo a ejaculação. Trata-se de um método simples, de natureza

não invasiva, fácil de aplicar, com poucos efeitos secundários, bem tolerado, seguro, confiável (CAVALCANTE *et al.*, 2008; MACHADO; MIRA, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2015; ALBRIGHT *et al.*, 2015).

É um procedimento de baixo custo e elevada eficácia em comparação com os outros métodos, produz um maior número de espermatozóides móveis com elevada taxa de êxito na indução da ejaculação. Portanto, é o método de primeira escolha para indução da ejaculação em homens com lesão medular. Atualmente, existem 2 dispositivos aprovados pela *Food and Drug Administration* (MACHADO; MIRA, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Para a vibroestimulação funcionar é necessário que o arco reflexo da ejaculação esteja completo, estando preservada a transmissão de aferências do pênis para coluna sagrada e toracolombar, e de estímulos eferentes destes segmentos para as vias deferentes, vesículas seminais, próstata, colo vesical e músculos do pavimento pélvico. No entanto, esse procedimento não é indicado para homens na fase de choque medular (menos de 18 meses) (MACHADO; MIRA, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

O procedimento pode ser realizado em ambiente hospitalar ou domiciliar, no domicílio há maior privacidade, mas no ambiente hospitalar há mais segurança, controle e eficácia do procedimento.

Segundo Cavalcante *et al.* (2008), a vibroestimulação é bem conhecida por homens com lesão medular que passou por reabilitação sexual e bastante utilizada. O procedimento é feito no domicílio, é colocado um vibrador na glândula do pênis para estimular o reflexo da ejaculação e depois de adquirido o espermatozóide, pode-se fazer uma inseminação artificial caseira, colocando-se diretamente no canal vaginal através de uma seringa.

A vibroestimulação peniana é bastante eficaz para a recolha de um volume adequado de espermatozóides, mas são necessários seguir parâmetros pré-estabelecidos para garantir uma melhor vitalidade e a viabilidade dos espermatozóides. Os parâmetros da vibroestimulação são os seguintes: amplitude 2,5mm e frequência 100Hz. Podem ser feitos até 3 ciclos de 5 minutos de estimulação intercalados com 1 a 2 minutos de repouso. O local de aplicação do vibrador geralmente é no dorso do pênis ou freio da glândula. O procedimento deve ser suspenso caso ocorra ejaculação retrógrada, disreflexia autonômica ou lesão cutânea local (MACHADO; MIRA, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Antes do procedimento devem ser seguidas algumas recomendações, a saber: abstinência sexual mínima de 24 horas; suspensão do uso de drogas antispásticas e ansiolíticas; realizar o esvaziamento da bexiga antes do procedimento; higienização rigorosa da região

genital; monitorização cardiovascular; e recolha do esperma em frasco estéril (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Durante a aplicação do método, a ejaculação pode ser precedida e acompanhada de alguns sinais premonitórios, como a contração tônica-clônica dos músculos abdominais, dos flexores dos joelhos e abdutores dos glúteos (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Porém, a vibroestimulação pode causar lesões e edema no pênis e desencadear uma crise de disreflexia autonômica, perceptível pela elevação da pressão arterial sistêmica, cefaléia, sensação de constrição torácica e dificuldade respiratória. Por isso é necessária cautela durante o procedimento, principalmente para homens com lesão medular acima de T6. Mas é possível prevenir a ocorrência deste agravo com a administração profilática de 10 a 40 mg de nifedipina ou captopril oral ou sublingual, 15 minutos antes do procedimento (MACHADO; MIRA, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

As contra-indicações relativas a este procedimento são: inflamação local, doenças cardiovasculares, especialmente a hipertensão arterial não controlada, e prótese peniana (MACHADO; MIRA, 2010).

Embora exista uma grande variabilidade entre os indivíduos, como este método é possível obter volumes de ejaculado dentro dos parâmetros normais, com uma morfologia e percentagem variável de espermatozoides que viabilizem uma gravidez através de técnicas de reprodução assistida (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Quando não resulta pode associar-se outro vibrador para estimulação abdominal, ou a administração prévia de inibidores da fosfodiesterase. Esse método é considerado falho quando é realizado duas vezes com um intervalo de pelo menos uma semana e não são obtidos nenhum resultado (MACHADO; MIRA, 2010).

A eletroejaculação, é referida como segunda linha de tratamento da disfunção ejaculatória. O procedimento consiste na estimulação elétrica da próstata, vesícula seminal e vasos deferentes através de um cabo elétrico introduzido no reto. No entanto, esse procedimento requer mais tempo e elevados custos. A fração de ejaculação retrógrada, além de pior qualidade (esperma com menor mobilidade e viabilidade), exige mais tempo e custos superiores, tanto na recolha como na preparação do esperma (necessita de ser separado da urina por centrifugação) (MACHADO; MIRA, 2010).

Os cuidados são semelhantes aos da vibroestimulação peniana. Deve-se prevenir a ocorrência da disreflexia autonômica em indivíduos com lesão acima de T6, realizar o esvaziamento vesical e retal. Acrescenta-se que a eletroejaculação só deve ser realizada por um

profissional treinado, e em ambiente hospitalar (CAVALCANTE *et al.*, 2008; MACHADO; MIRA, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A preparação vesical é para assegurar que o esperma não entre em contato com urina no caso de ejaculação retrógrada, devendo fazer o preparo da bexiga com 10 - 40ml de soro rico em glucosaminas, para criar um ambiente vesical mais apropriado ao esperma.

Deve também realizar-se uma retoscopia antes e depois do procedimento para avaliar a mucosa retal, pois na presença de sinais inflamatórios é contra-indicado o procedimento. A pessoa deve ser posicionada em decúbito lateral, em seguida é introduzida uma sonda retal para estimular a próstata e as vesículas seminais. (MACHADO; MIRA, 2010).

Os parâmetros de estimulação são: padrão de estimulação sinusoidal, voltagem entre 5-25v (com aumento progressivo de 1-5v conforme tolerância), intensidade entre 100-600mA. São necessárias cerca de 10-20 estimulações. A avaliação final inclui um novo cateterismo vesical para recolha do sêmen da ejaculação retrógrada, e uma nova retoscopia para nova avaliação da mucosa (MACHADO; MIRA, 2010).

Todavia, havendo falhas neste procedimento, deve-se obter esperma retirando-se diretamente dos testículos (CAVALCANTE *et al.*, 2008).

Depois de adquirido o esperma, pode-se fazer uma inseminação artificial caseira, colocando-se diretamente no canal vaginal através de uma seringa, ou laboratorial, a qual tem mais custo, porém é mais eficaz. Na maioria dos casos, para permitir a gravidez, é necessária a recolha de esperma associada a outras técnicas de reprodução medicamente assistida: inseminação intra-uterina, fecundação *in vitro*, transferência intratubárica de gametas e *Intra Cytoplasmic Sperm Injection* (ICSI) (CAVALCANTE *et al.*, 2008; MACHADO; MIRA, 2010).

Seja qual for o método de recolha, o esperma de homens com lesão medular tem pior mobilidade e viabilidade em relação aos homens sem lesão neurológica. Estas alterações decorrem, principalmente, devido as características do plasma seminal inadequada, susceptibilidade do homem com lesão medular a infecção/inflamação crônica da via espermática secundária ao cateterismo vesical etc. (MACHADO; MIRA, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

De acordo com Garrett (2012) não é indicado o congelamento de sêmen para a preservação da fertilidade de homens com lesão medular, pois as características do sêmen não sofrem alterações significativas.

### 3.2.1.2 Função sexual feminina

A falta de literatura e interesse sobre a sexualidade das mulheres com lesão medular pode estar relacionada a dois fatores: o primeiro deve-se a epidemiologia que revela uma menor incidência desse acometimento na população feminina, fato esse comprovado em diversos estudos sobre esta população; e segundo fator deve-se aos comprometimentos funcionais que nas mulheres tem um impacto menor sobre a função sexual do que nos homens, uma vez que a capacidade reprodutiva geralmente não é afetada, esse segundo fator é corroborado por Carvalho *et al.* (2010).

Apesar da proporção de mulheres acometidas pela lesão medular ser menor em relação aos homens, é observado um aumento importante na incidência. E os impactos são físicos, psicoemocionais e sociais. (CARVALHO *et al.*, 2010).

Estudos revelam uma diminuição da atividade sexual da mulher após a lesão medular e interferem na satisfação sexual, mas o desejo sexual continua existindo. E a inatividade sexual ou a insatisfação sexual está correlacionada com níveis elevados de depressão, mas não é possível estabelecer a relação de causa e efeito, pois a depressão também pode levar a insatisfação sexual (CELIK, E. C. *et al.*, 2014; CRAMP; COURTOIS; DITOR, 2015).

A lesão medular também repercute no relacionamento afetivo da mulher com lesão medular. Estudos relevam um aumento de divórcios após a mulher ser acometida pela lesão medular. E além disso, dificulta o estabelecimento de novos relacionamentos (CELIK, E. C. *et al.*, 2014; CRAMP; COURTOIS; DITOR, 2015).

Cramp, Courtois e Ditor (2015), relatam que as mulheres com lesão medular que possuem um nível socioeconômico educacional elevado e bom ajuste da deficiência enfrentam menos dificuldades para manter e estabelecer um relacionamento afetivo-conjugal. E Albright *et al.* (2015), revela que com um maior tempo de lesão há um aumento no estabelecimento de novos relacionamentos.

Os mecanismos de excitação feminina, a ação sinérgica das vias psicogênica (inervação simpática) e reflexa (inervação parassimpática), possuem fisiologia similar a masculina com controle da vasocongestão e lubrificação vaginal. E os impactos da lesão medular sobre a função sexual feminina provocam alterações destes mecanismos de vasocongestão vaginal, lubrificação vaginal e orgasmo (MACHADO; MIRA, 2010).

As alterações na função sexual feminina dependem do nível e do grau da lesão medular. Desta forma, podemos dizer que em lesões acima de T11/T12, fica preservada a

vasocongestão tipo reflexa, acionada pela estimulação local dos órgãos genitais externos; e em lesões abaixo deste nível fica preservada a vasocongestão psicogênica, acionada pela estimulação psíquica (estímulos visuais, olfativos ou auditivos). Portanto, é importante que a mulher com lesão medular conheça o nível de sua lesão, pois desta forma, ela perceberá quais são estímulos mais apropriados (MACHADO; MIRA, 2010; TORRIANI *et al.*, 2014).

Geralmente, a mulher com lesão medular apresenta uma diminuição da lubrificação vaginal, o que pode resultar em dificuldade na penetração ou mesmo ferimentos. Para tanto, é recomendado a utilização de lubrificantes vaginais à base de água em forma de geléias, cremes ou camisinhas lubrificadas. (CAVALCANTE *et al.*, 2008; CARVALHO *et al.*, 2010).

O desempenho sexual feminino é muito influenciado pelo estado psicológico, por serem, em geral, mais sensíveis, afetáveis pela alteração da auto-imagem corporal. Portanto, é fundamental que a mulher mantenha uma auto-estima elevada, estejam relaxadas, sintam-se à vontade durante o intercuro sexual, facilitando, assim, as respostas hormonais e autonômicas. Uma boa interação com o parceiro e a troca de carícias pode ajudar na satisfação sexual (CAVALCANTE *et al.*, 2008; CARVALHO *et al.*, 2010).

As mulheres com lesão medular com preservação sacral, reagem a estímulo reflexo e podem ter uma melhora na vasocongestão vaginal e lubrificação ao serem estimuladas nos órgãos genitais externos, principalmente na região do clítoris. A estimulação pode ser autodirigida (masturbação), realizada pelo parceiro (carícias) ou podem ser utilizados dispositivos auxiliares para estimulação vibratória (vibrador erótico) (HESS; HOUGH, 2012; MACHADO; MIRA, 2010).

Apesar de existirem as alterações dos mecanismos fisiológicos de excitação, muitas mulheres referem que o maior impacto da lesão medular na função sexual é devido a diminuição ou perda da sensibilidade geniturinária e a conseqüente falta de controle vesical e intestinal (CARVALHO *et al.*, 2010). Algumas mulheres durante a realização do presente estudo, em conversas informais, relataram ter preservada a sensibilidade profunda. Estudos revelam que algumas mulheres conseguem perceber uma sensibilidade profunda por estimulação vaginal e do colo do útero em mulheres com lesão medular completa do neurônio motor superior, pelo que, foi proposta como explicação, uma via alternativa de aferência direta através do nervo vago. E a sensibilidade profunda está relacionada à percepção do orgasmo (MACHADO; MIRA, 2010; CRAMP; COURTOIS; DITOR, 2015)

Nos primeiros meses de acometimento da lesão medular a mulher passa por um período de amenorréia, decorrente do choque medular, segundo a literatura pode durar

aproximadamente seis meses, mas após este período a menstruação retorna ao normal e consequentemente a fertilidade (CARVALHO *et al.*, 2010; CELIK *et al.*, 2014).

Desta forma, ela poderá engravidar normalmente. Entretanto, sua gravidez e parto exigem um acompanhamento e atenção especial por parte de um especialista para que a mulher receba orientações adequadas sobre os cuidados especiais necessários para uma gravidez tranquila. Já as mulheres que têm vida sexual ativa e não pretendem engravidar deve haver planejamento familiar (CAVALCANTE *et al.*, 2007; CAVALCANTE *et al.*, 2008; CARVALHO *et al.*, 2010).

A gravidez e o parto já foram considerados perigosos para uma mulher portadora de lesão medular, porém com o desenvolvimento do conhecimento científico esse critério sofreu alterações. O pré-natal de uma gestante com lesão medular deve ter vigilância especial, pois alguns sintomas podem ser mascarados pela diminuição da sensibilidade e os sinais e sintomas de algumas complicações podem não ser percebidos. Por isso, o provedor de cuidados deverá ser orientado para a identificação deles (CARVALHO *et al.*, 2007).

As principais complicações associadas à lesão medular são: disfunção vesical, infecção urinária, constipação, úlceras de pressão, diabetes, dispnéia, disreflexia autonômica ou trombose venosa profunda, agravamento da espasticidade, maiores dificuldades nas transferências, risco aumentado de parto pré-termo e de recém-nascidos com baixo peso. Em relação a disfunção vesical é observado um maior risco de vazamento em torno de cateteres permanentes, expulsão do cateter devido aos espasmos e cateterização mais freqüente (MACHADO; MIRA, 2010; ALBRIGHT *et al.*, 2015).

Entretanto, a complicação potencial considerada mais perigosa é a disreflexia autonômica, passível de tratamento através da retirada dos estímulos nervosos com o uso de anti-hipertensivos. Portanto, é necessária bastante atenção para a detecção precoce dos sinais e sintomas pelos profissionais da saúde (CARVALHO *et al.*, 2007).

A mulher, junto com o obstetra, pode optar pelo parto natural (normal) ou Cesário, pois as contrações e a dilatação não dependem da medula espinhal, mas o trabalho de parto não deve ser demorado. A sintomatologia do parto pode variar desde as contrações uterinas normais, dor e ruptura das membranas até dor acima do nível de lesão, espasticidade aumentada, disreflexia autonômica e espasmos da bexiga.

No entanto, estudo realizado por Albright *et al.* (2015), mostrou em mulheres com lesão medular taxas mais baixas de parto vaginal espontâneo e necessitaram de uso mais freqüente de cesáreas ou extração com fórceps ou vácuo. Ademais, estas não necessitaram de anestesia durante o parto e apresentaram uma maior instabilidade na pressão arterial sistêmica.

E as complicações evidenciadas foram: prematuridade, baixo peso ao nascer e menor taxa de amamentação.

A produção de leite materno é normal, mesmo em mulheres com tetraplegia. A amamentação é muito importante tanto para a mãe quanto para o filho.

### ***3.2.2 Promoção da atividade sexual saudável e satisfatória***

Os fatores emocionais podem condicionar os mecanismos psicológicos da resposta sexual. Para além da agressão física resultante de uma lesão medular, há uma forte agressão psicológica e da auto-imagem. A restauração da função sexual parece ser uma motivação principal na vida de algumas pessoas, o que influencia o resultado da reabilitação. Alterações físicas têm impacto direto na satisfação sexual e pode refletir no aspecto psicológico e social, devido a alteração da auto-imagem corporal (TORRIANI, 2014; GARRETT *et al.*, 2009).

A participação do parceiro é muito importante no processo de ajuste sexual, logo é necessário que ele seja incluído no aconselhamento. O ajuste sexual saudável após a lesão medular, além de adaptar o corpo físico, devem estar ligados à visão que o paciente tem sobre si, ao seu autoconceito sexual e ao que ele considerar um comportamento normal e aceitável em sua busca de satisfação sexual, porque o psicológico, social, e as barreiras culturais podem ser tão significativas quanto as físicas (TORRIANI *et al.*, 2014).

A integração e envolvimento do parceiro é essencial para a satisfação sexual mútua. Igualmente, a exploração de novas posições e a identificação de novas zonas erógenas (CRAMP; COURTOIS; DITOR, 2015).

O posicionamento deve levar em consideração o equilíbrio, estado respiratório, musculoesquelético e tegumentar do indivíduo com lesão da medula espinhal. O cuidado com a pele e as preferências pessoais devem ser respeitados (CAVALCANTE *et al.*, 2007; (TORRIANI *et al.*, 2014). A utilização de travesseiros pode ajudar no posicionamento proporcionando um melhor equilíbrio do corpo e podem aliviar pressões nas proeminências ósseas e conferir proteção a pele (HESS; HOUGH, 2012; TORRIANI *et al.*, 2014).

Posturas que haja flexão ou abdução muito acentuadas da musculatura devem ser evitadas, pois podem provocar o aumento da espasticidade e impactar negativamente na relação sexual. O alongamento suave dos músculos afetados antes do posicionamento pode prevenir a espasticidade e pode ser facilmente incorporado às preliminares. As atividades sexuais, como a penetração genital, podem precipitar espasmos que causam ou interferem no posicionamento (HESS; HOUGH, 2012).

Nas mulheres com bexigas hipotônicas devem ser evitadas posições que aumentem pressão sobre a bexiga). E pessoas com comprometimento cardiopulmonar severo devem evitar a posição sentada, pois esta posição consome mais energia. O posicionamento adequado pode ser realizado pelo parceiro se a função manual for limitada, mas a integridade da pele precisa ser monitorada de perto (HESS; HOUGH, 2012; CRAMP *et al.*, 2015).

As posições aconselhadas podem ser com o homem por cima; com a mulher por cima (ajoelhada, sentada ou deitada em decúbito dorsal ou ventral); lado a lado, podendo ser o contato com a mulher por frente ou por trás; sentados na cadeira de rodas (com contato por frente ou por trás) e diversas outras, desde que o parceiro comprometido fique estabilizado, ou por baixo ou sentado e os apoios de braços removíveis podem facilitar o posicionamento e o movimento de ambos os parceiros. (HESS; HOUGH, 2012).

A estimulação das áreas erógenas causa sensações agradáveis de prazer e relaxamento. E podem ser feitas em qualquer parte do corpo, até nas partes sem sensibilidade, pois as pessoas que reagem a estímulos reflexo podem ter uma melhora na ereção e vasocongestão vaginal (TORRIANI *et al.*, 2014).

A alteração da sensibilidade nos órgãos genitais pode ser substituída pela exploração e descoberta de novas zonas erógenas pela própria pessoa ou juntamente com o seu parceiro, pois isto proporciona prazer físico e psicológicos. Em estudo, estes autores, evidenciaram áreas erógenas ligadas ao componente físico como: boca, pescoço, orelhas, mamilos e genitais; e áreas erógenas ligadas ao componente psicológico como: nuca, couro cabeludo, ombros, ventre e braços. (GARRETT; MARTINS; TEIXEIRA, 2009; TORRIANI *et al.*, 2014).

Homens e mulheres com lesão medular podem sentir prazer e alcançar o orgasmo, mas podem precisar de um pouco mais de estímulo e tempo. Cada um sente de uma forma e as sensações de prazer podem ser percebidas no corpo todo: sensação de calor e pele avermelhada; taquicardia e taquipnéia; elevação da pressão arterial; aumento da contratatura muscular ou espasticidade, seguido de relaxamento muscular na região do abdômen, pelve e coxas; contração dos órgãos genitais; arrepios (braços) ou sensação de formigamento (pernas); algumas pessoas referem dor neuropática (GARRETT; MARTINS; TEIXEIRA, 2009; CARNEIRO, NEVES, ABREU, BRITO, 2012; HESS; HOUGH, 2012).

Devido a alterações na bexiga, é provável que ocorra perda urinária ou acidentes em qualquer fase da atividade sexual da pessoa com lesão medular. Estas ocorrências podem afetar negativamente o desejo sexual e a interação afetiva entre o casal. A possibilidade de acidente urinário ou fecal durante a atividade sexual pode afetar muito a auto-estima. Por isso,

alguns cuidados são recomendados: esvaziar a bexiga e o intestino antes da relação sexual, evitando acidentes e constrangimento, como urinar ou defecar sem perceber; e esclarecer o paciente e o parceiro da possibilidade de ocorre incontinência urinária ou intestinal; evitar a ingesta hídrica excessiva antes da relação (MACHADO; MIRA, 2010; TORRIANI *et al.*, 2014; CRAMP; COURTOIS; DITOR, 2015)

A disreflexia autonômica é um agravo bastante frequente em pessoas com lesão medular acima da sexta vértebra torácica, e caracteriza-se pelo aumento rápido e descontrolado da pressão arterial sistêmica, provocada por um estímulo excessivo abaixo do nível da lesão medula.

A disreflexia autonômica pode ser desencadeada por diversos estímulos, como: alterações geniturinária (infecção urinária, cálculo renal, hiperextensão da bexiga, cateter vesical obstruído); alterações intestinais (constipação, hemorróida); alterações tegumentares (lesões por pressão, unhas encravadas, cortes e ferimentos; roupas ou objetos exercendo pressão sobre a pele); problemas relacionados ao posicionamento do corpo (hipotensão ortostática); e problemas relacionados as funções sexuais (estimulação sexual excessiva, compressão dos testículos, cólicas menstruais, lesões e infecções genitais, trabalho de parto prolongado) (CARVALHO *et al.*, 2010; HESS; HOUGH, 2012; OLIVEIRA, *et al.*, 2016).

A anestesia peridural tem sido considerada por muitos o método mais eficaz para prevenção da disreflexia autonômica durante o trabalho de parto espontâneo ou induzido, como também na operação cesariana (CARVALHO *et al.*, 2010).

Os sinais e sintomas mais frequentes da disreflexia autonômica são afasia, perda de consciência, dispneia, ansiedade, náuseas, bradicardia, cefaléia, eritema cutâneo, taquicardia, hipertensão arterial, sudorese, piloereção, midríase, disritmias cardíacas, congestão nasal, espasmos musculares e, mais raramente, coma e convulsões. (CARVALHO *et al.*, 2010; MACHADO; MIRA, 2010). Esse fenômeno, se não diagnosticado e tratado, pode pôr em risco a vida da paciente, sendo os acidentes cardiovasculares e neurológicos as principais consequências (CARVALHO *et al.*, 2010). As principais complicações são: arritmias cardíacas, infarto, edema de pulmão, perda da visão, convulsões, hemorragias cerebrais, coma e morte.

É importante saber reconhecer o início dos sintomas para evitar que a situação se agrave. Algumas pessoas não apresentam sintomas iniciais. Isso retarda a detecção do problema, que pode já estar grave. Algumas medidas podem ser realizadas pela própria pessoa ou cuidador, mas requer treino. Em casos mais graves é preciso tratamento médico imediato, pois se trata de uma emergência que pode ser fatal (CARVALHO *et al.*, 2010; HESS; HOUGH, 2012; OLIVEIRA, *et al.*, 2016).

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo misto envolvendo duas etapas: na primeira, pesquisa metodológica e de desenvolvimento, visto que o estudo metodológico consiste na elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa que possam ser empregados por outros pesquisadores. Seu foco é o desenvolvimento, a implementação, a validação e o aperfeiçoamento de ferramentas e estratégias metodológicas confiáveis (POLIT; BECK, 2011). Neste tipo de estudo define-se o constructo, formulam-se os itens da ferramenta, desenvolvem-se instruções para o usuário e/ou responde e testa-se a confiabilidade, a aplicabilidade e a validade do recurso tecnológico (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

No que diz respeito ao estudo de desenvolvimento este é caracterizado pelo esforço criativo do pesquisador, não se limitando ao caráter investigativo, e é por excelência de desenvolvimento tecnológico. Tem por objetivo a criação de produtos ou serviços, se utilizando da criação destes para solucionar problemas até então não resolvidos (RODRIGUES, 2007).

A segunda etapa constituiu-se de uma pesquisa quase-experimental, que na opinião de Johnson e Christensen (2014), esta pesquisa é utilizada para testar relações de causa e efeito. Contudo não é possível um controle completo do experimento. O pesquisador realiza um tratamento experimental, mas algumas características de um experimento verdadeiro, tais como o uso de grupo controle e/ou à randomização, não são possíveis de serem seguidas.

### **4.2 Referencial metodológico**

A construção do material educativo, tipo cartilha, seguiu o referencial metodológico de Moreira, Nóbrega e Silva (2003), que apresenta um modelo para elaboração de material educativo em saúde. Este referencial também foi utilizado em outros estudos da área da saúde para a construção de material educativo (LIMA, 2014; CASTRO; LIMA JUNIOR, 2014).

As etapas propostas por Moreira, Nóbrega e Silva (2003) para a construção do material educativo são: 1. Identificação do público-alvo; 2. Determinação da mensagem; 3. Determinação do veículo; 4. Validação por profissionais e público-alvo; 5. Avaliação dos resultados em saúde com a população-alvo. Os conceitos e definições de cada etapa estão apresentados no quadro 4.

**Quadro 4** – Referencial metodológico para a construção de material educativo impresso para saúde (continua).

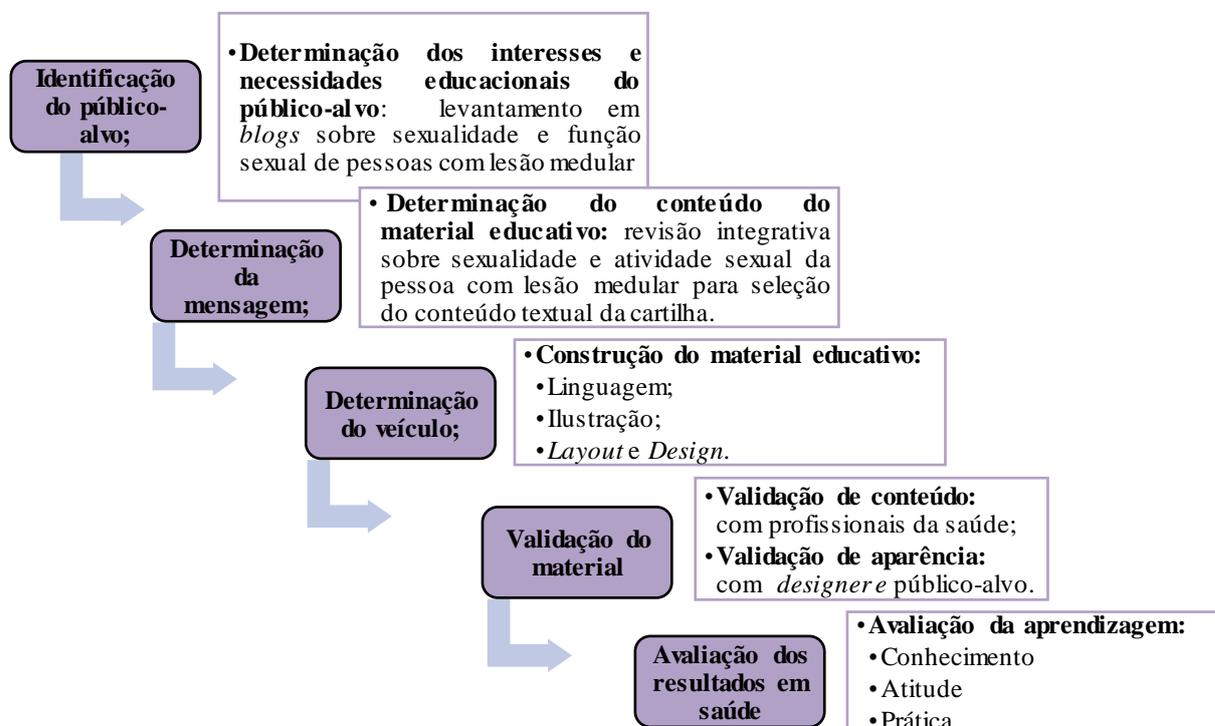
<b>Identificação do público</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação do público-alvo, a quem, a descrição e as informações detalhadas ajudarão no desenvolvimento de mensagens mais relevantes e identificação dos canais mais apropriados para alcançá-lo.</li> <li>• A identificação do público-alvo pode incluir informações sobre: dados demográficos, características culturais, padrões comportamentais, status de saúde.</li> <li>• Essas informações podem ser obtidas utilizando-se vários métodos, como: revisão da literatura, observação, levantamentos, conversas informais com líderes ou membros da comunidade, entrevistas em profundidade e grupos focais.</li> </ul>
<b>Determinação da mensagem</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A determinação da mensagem associa-se aos objetivos (apenas informar, modificar atitudes, desenvolver habilidade, encorajar tomada de decisão, adotar medidas preventivas) e à forma de apresentá-la.</li> <li>• A mensagem deve ser estruturada em três partes: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Introdução (5 a 10% do conteúdo): deve cumprir a função de orientar o leitor sobre o objetivo e o tema a ser desenvolvido e de motivá-lo.</li> <li>✓ Desenvolvimento (80% ou mais do conteúdo): fase de argumentação sobre a importância de se adotar a prática ou o hábito recomendado. Os argumentos utilizados podem incluir: vantagens da prática/hábito para o indivíduo e comunidade; disponibilidade de elementos necessários e serviços adequados; recomendações profissionais de especialistas, de associações; evidências científicas.</li> <li>✓ Conclusão ou resumo (5 a 10% do conteúdo): deve-se repetir a mensagem principal para facilitar à fixação.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Determinação do veículo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinação do veículo para comunicar a mensagem, através da escolha do melhor veículo e do melhor formato (no caso de material impresso: livro, folheto, folder).</li> <li>• A elaboração de materiais educativos impresso consiste em transformar a linguagem das informações encontradas na literatura, tornando-as compreensíveis, eficazes, culturalmente relevantes e acessíveis às pessoas.</li> <li>• Para a produção de material impresso, três aspectos devem ser considerados: linguagem, ilustração e <i>layout/design</i>.</li> </ul>
<b>Validação por profissionais e público-alvo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A fase de elaboração deve ser seguida da avaliação da versão preliminar do material, com a participação do público-alvo destinatário da mensagem.</li> <li>• Esse procedimento assegura o conhecimento da qualidade do material quanto à compreensão, aceitação da mensagem, adequação cultural, ao estilo, à apresentação, eficácia apontando para possíveis necessidades de reajustes e modificações. Procedimentos como entrevistas, aplicação de questionário e grupo focal, podem ser utilizados para se testar o material.</li> <li>• O julgamento e a apreciação do material por profissionais de outras áreas com conhecimento em produção de material educativo, e por profissionais de saúde especializados e envolvidos com o público-alvo oferecerão informações, sugestões e opiniões que facilitarão a tomada de decisões.</li> </ul>
<b>Avaliação dos resultados em saúde com a população-alvo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação voltada para os resultados de saúde objetivados pela aplicação do material, visa assegurar a eficácia da mensagem e do material (a aprendizagem e a mudança de comportamento).</li> </ul>

Fonte: Moreira, Nóbrega e Silva (2003).

### 4.3 Etapas do estudo

Para o alcance dos objetivos específicos das etapas de construção de materiais educativos em saúde de Moreira, Nóbrega e Silva (2003) foram adotados diferentes procedimentos metodológicos em cada uma destas etapas com vistas a garantir um maior rigor científico. Desta forma, as etapas deste estudo foram correspondentes às etapas de Moreira, Nóbrega e Silva (2003), no entanto, para fins didáticos foram utilizadas novas denominações (Figura 1).

**Figura 1** – Diagrama das etapas metodológicas para elaboração do material educativo.



Adaptado de Moreira, Nóbrega e Silva (2003).  
Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.3.1 Determinação dos interesses e necessidades educacionais do público-alvo

Na primeira etapa do estudo, optou-se por realizar uma pesquisa documental, do tipo exploratória com abordagem qualitativa, esta foi realizada no mês de junho de 2016. A mesma visou conhecer os interesses e necessidades educacionais das pessoas com lesão medular sobre sexualidade, função e atividade sexual através de busca realizadas em *blogs* disponíveis na *internet* que abordavam essas temáticas. Considerando o crescente uso da *internet* para busca de informações sobre saúde e também possibilitar a interação de usuários

através de comunidades virtuais conforme explicitam Moretti; Oliveira; Silva (2012); Giglio, A. et.al. (2012) e Valli; Cogo (2013).

Métodos semelhantes a este, foram adotados em outros estudos metodológicos de construção e desenvolvimento de cartilhas educativas, a saber: Construção de cartilha sobre insulinoaterapia para crianças com diabetes mellitus tipo 1 (MOURA *et al.*, 2017); Construção e validação de uma cartilha educativa sobre cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica (BARROS, 2015). E também em um estudo exploratório documental em *blogs* escolares sobre sexualidade (VALLI; COGO, 2013).

Foi realizada uma busca para verificar quais termos seriam mais adequados para serem utilizados na condução da pesquisa. As palavras-chave utilizadas foram: “*blogs*”, “sexo”, “sexualidade” e “lesão medular”.

A escolha dos *blogs* foi feita de modo intencional, ou seja, a seleção dos *blogs* foi feita de acordo com os critérios que derivam do problema de pesquisa, das características do universo a ser observado e das condições e métodos de observação e análise (FRAGOSO; RECUERO; AMARAL, 2011). Os critérios de inclusão amostral foram: *blogs* criados por pessoas com lesão medular (alguns se identificam como cadeirantes) ou por profissionais de saúde que abordassem a temática da sexualidade, com postagens entre os anos de 2006 e 2016, em idioma português, disponíveis no *Google*, que permitam acesso livre. Vale destacar que *blogs* com finalidades apenas comerciais foram excluídos da amostra.

No entanto, após a primeira seleção dos *blogs*, foi observado que muitos destes não possuíam comentários, então optou-se por refinar o critério de inclusão para apenas *blogs* de autoria de pessoas com lesão medular para que fossem analisados tanto os comentários quanto os conteúdos das publicações, afim de apreender os interesses e necessidades educacionais sobre sexualidade, função e atividade sexual do público-alvo.

Realizou-se a coleta dos dados por meio do acesso aos endereços eletrônicos dos *blogs* selecionados a partir de um instrumento estruturado que contém informações sobre autoria (tipo de deficiência, sexo e nacionalidade do autor), título, objetivos, número total de publicações e de acessos, data de criação e atualização dos *blogs*, público-alvo, número de publicações relacionadas à temática da sexualidade e os comentários presentes nestas publicações. O instrumento utilizado foi adaptado do estudo de Valli (2013) que analisou a temática sexualidade em *blogs* de adolescentes (APÊNDICE A).

Os dados quantitativos foram tratados a partir da estatística descritiva, mediante uso de frequências absolutas, frequências relativas percentuais e medidas descritivas (médias, medianas e desvio padrão).

E os dados qualitativos foram analisados de acordo com a análise de conteúdo proposta por Bardin (2009), a qual é dividida em três etapas: Pré-análise (seleção dos documentos para análise, retomada de hipótese e objetivos do estudo e elaboração de indicadores que auxiliam a interpretação final); Exploração do material (dados brutos são agregados em unidades e inicia-se a leitura exaustiva das transcrições e observações para comparação com a finalidade da pesquisa, para, em seguida, realizar o recorte das falas registradas) e tratamento dos resultados e interpretação (as categorias são estabelecidas de acordo com a análise obtida através da exploração do material).

Com a compilação dos dados, o estabelecimento das categorias foi feito a partir dos temas determinados e da sua quantificação, da definição das dimensões nas quais os temas aparecem e da agrupação de acordo com critérios teóricos ou empíricos e as hipóteses de análise (OLIVEIRA, 2008). A análise do material permitiu identificar categorias dos conteúdos das publicações relacionadas à temática da sexualidade e categorias dos comentários presentes nestas publicações.

As informações contidas nos *blogs* foram coletadas, analisadas e divulgadas sem a necessidade de se solicitar a autorização prévia das pessoas que os criaram ou que comentaram nesse ambiente virtual, tendo em vista que o *blog* é uma ferramenta disponível em espaço público, aberto e acessível a qualquer indivíduo interessado na temática (FRAGOSO; RECUERO; AMARAL, 2011).

Os resultados deste levantamento foram utilizados para auxiliar na seleção dos conteúdos que compuseram a cartilha educativa, juntamente com a revisão integrativa da literatura.

#### ***4.3.2 Determinação do conteúdo do material educativo***

Para o levantamento do conteúdo abordado na cartilha educativa realizou-se uma revisão integrativa, esse método permite a busca, a avaliação crítica e a síntese de resultados de pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. Esse método proporciona como resultado o aprofundamento do conhecimento e a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde (BARROS, 2015; ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, 2014).

Na construção da revisão integrativa foram percorridas as seguintes etapas distintas: identificação do tema e questão norteadora da pesquisa; estabelecimento de critérios de amostragem para inclusão e exclusão de estudos; avaliação das publicações selecionadas;

avaliação das publicações incluídas na revisão; categorização e interpretação das informações extraídas; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, 2014; SOARES *et al.*, 2014).

A pergunta norteadora para a elaboração de revisão integrativa foi: “Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre a sexualidade e a atividade sexual da pessoa com lesão medular?”

O levantamento bibliográfico ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2016 a partir via portal das bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); SCOPUS/Elsevier; *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Pubmed-Medline); *Science Direct Journals/Elsevier*; *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); *Cochrane Library*. A busca nessas diversas bases teve como propósito ampliar o âmbito da pesquisa e minimizar possíveis vieses.

As bases foram acessadas através do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior via Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) com permissão de acesso institucional da Universidade Federal do Ceará. Exceto a BVS que é de livre acesso.

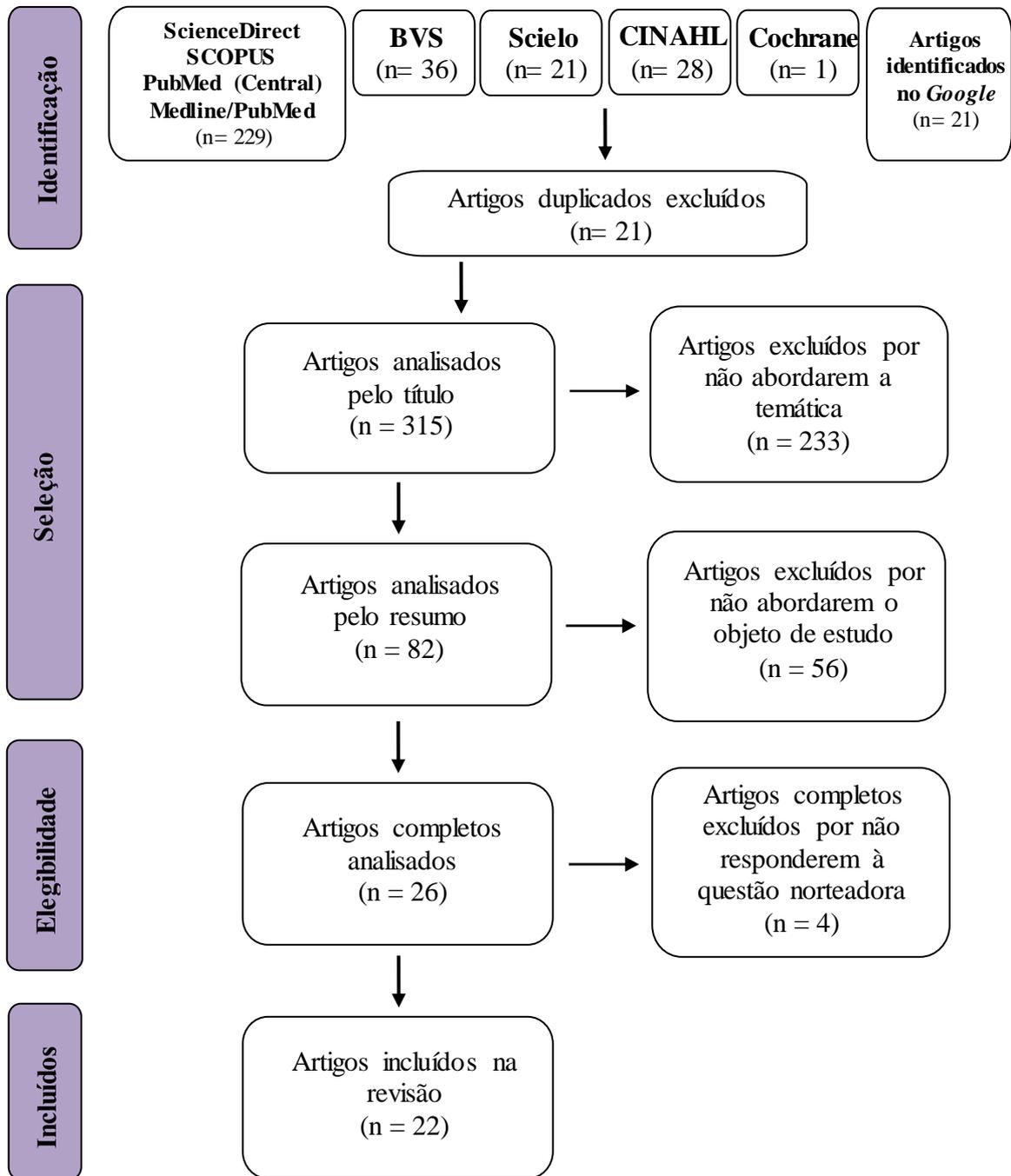
Para a busca foi utilizada os descritores controlados em inglês “*sexuality*” e “*spinal cord injury*”, mediados pelo operador booleano “*and*”, visando ampliar o quantitativo de estudos. Os descritores foram extraídos do Descritores em Ciências da Saúde (DesC) do Portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do Medical Subject Headings (MESH) da National Library.

Para selecionar as publicações incluídas na pesquisa, adotaram-se as recomendações do PRISMA (MOHER, D. et al, 2015) (Figura 2). Os critérios de inclusão foram: ser artigo de pesquisa; periódico revisado por pares; está disponível eletronicamente; com publicação completa e resumos indexados nas bases de dados referidas acima; publicados em idioma português, inglês e/ou espanhol; publicados nos últimos cinco anos; e retratar a sexualidade ou a atividade sexual ou função sexual da pessoa com lesão medular. Foram excluídos: editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos, artigos repetidos, bem como estudos que não abordavam temática relevante ao objetivo do estudo.

Ainda foram realizadas buscas no *Google*, disponível no endereço eletrônico <https://www.google.com.br/>, dos artigos que não estavam disponíveis nas bases estabelecidas no período da coleta de dados, conforme recomendações de Barros (2015).

Os critérios de amostragem para seleção das publicações no Google foram: artigos, livros ou manuais disponíveis online, na íntegra; publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol; não foi utilizado recorte temporal, no entanto, as publicações selecionadas foram dos últimos 12 anos; para esta busca foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: sexualidade e lesão medular, atividade sexual e lesão medular, função sexual e lesão medular, disfunção sexual e lesão medular, *sexuality and spinal cord injury*, *sexual activity and spinal cord injury*, *sexual function and spinal cord injury*, *sexual dysfunction and spinal cord injury*. Foram excluídos: publicações em sites que retratavam a temática, e artigos repetidos que já haviam sido selecionados nas bases de dados e artigos que não retratavam exclusivamente a temática da sexualidade ou o público-alvo deste estudo.

**Figura 2** – Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa de literatura, elaborado com base nas recomendações PRISMA.



Fonte: Elaborado pela autora.

Foram encontrados um total de 315 artigos científicos nas 8 bases de dados mencionadas e 21 artigos no *Google*, mas após a leitura dos títulos, resumos e integridade dos artigos, de acordo com os critérios de amostragem, foram selecionadas 22 publicações (Figura 2). Ainda foram selecionadas seis publicações do tipo manuais e *guideline* que abordavam a

temática, estas foram utilizadas para compor o conteúdo da cartilha, mas foram excluídas da análise e síntese da revisão integrativa.

A essência da revisão integrativa é a categorização dos estudos. Nesse sentido, procede-se a apresentação dos resultados e a discussão das informações de forma descritiva e por meio da construção de quadros sinóticos (BARROS, 2015).

Foram inclusos na análise 22 estudos que fundamentam a construção da cartilha educativa baseada em evidências científicas. Para análise e síntese dos estudos, utilizou-se um formulário adaptado de Ursi (2005), o qual foi validado em sua dissertação. As adaptações do formulário foram referentes ao conteúdo adequando à temática da sexualidade da pessoa com lesão medular.

Os resultados da revisão integrativa sobre a sexualidade da pessoa com lesão medular são apresentados no capítulo 5 – Resultados – item 5.2 “Resultados da revisão integrativa do conteúdo da cartilha educativa”.

#### ***4.3.3 Construção do material educativo***

Estes foram organizados de forma coerente, utilizando linguagem acessível para facilitar a compreensão do material e alcançar o maior número possível de pessoas com lesão medular.

Na segunda etapa do estudo, após a leitura reflexiva do levantamento bibliográfico, foram elaborados os textos que compõem o material educativo, que foram escritos de forma clara e sucinta, com o objetivo de alcançar uma linguagem acessível a toda clientela, bem como foram organizados coerentemente.

Na terceira etapa, foi consultado um especialista em desenho para confeccionar as figuras de modo atrativo, de fácil compreensão e condizente com o contexto cultural do público-alvo. Para tanto, três aspectos foram considerados: linguagem, ilustração e *layout/design* (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003) (Quadro 5).

**Quadro 5** – Aspectos da linguagem, ilustração e *layout* considerados na elaboração de materiais educativos impressos (continuação).

<b>Linguagem</b>
<p><b>a) Credibilidade da mensagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar uma mensagem de credibilidade que está relacionada com o autor e a fonte da mensagem, devendo ambos ser confiáveis e apropriados ao contexto socioeconômico e cultural.</li> </ul>
<p><b>b) Apresentação da mensagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar até quatro ideias principais por documento ou por secção.</li> <li>• Desenvolver uma ideia por vez, desenvolvendo-a completamente, para, depois, passar para uma seguinte, já que idas e vindas entre tópicos podem confundir o leitor.</li> <li>• Evitar listas longas, uma vez que os leitores, principalmente aqueles com pouca habilidade, geralmente esquecem itens com listas muito longas, sendo, por isso necessário à limitação a quatro ou cinco itens.</li> <li>• Declarar objetivamente a ação que é esperada do leitor.</li> <li>• Apresentar os conceitos e ações numa ordem lógica.</li> <li>• Clarificar as ideias e os conceitos abstratos com exemplos.</li> <li>• Incluir apenas as informações necessárias, para o leitor compreender e seguir a mensagem.</li> <li>• Destacar a ação positiva, dizendo ao leitor o que ele deve fazer e não o que ele não deve fazer.</li> <li>• Dizer aos leitores os benefícios que eles terão com a leitura do material.</li> </ul>
<b>Linguagem</b>
<p><b>c) Estrutura da frase e seleção das palavras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar palavras curtas, sempre que possível.</li> <li>• Construir sentenças com 8 a 10 palavras e parágrafos com 3 a 5 sentenças.</li> <li>• Utilizar o estilo conversacional, que é mais natural e mais fácil de ser lido e entendido.</li> <li>• Usar a voz ativa.</li> <li>• Limitar o uso de termos técnicos e científicos. Quando indispensáveis, serão explicados com linguagem que o leitor possa entender. Evitar abreviaturas, acrônimos e siglas.</li> <li>• Usar palavras com definições simples e familiares.</li> <li>• Usar analogias familiares ao público-alvo.</li> <li>• Evitar abreviaturas, acrônimos e siglas.</li> </ul>
<p><b>d) Respeito as diferenças culturais e raciais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar um grupo de pessoas pela raça ou etnia, através do termo adotado pelo mesmo.</li> <li>• Elaborar mensagens adequadas a cada grupo ou subgrupo cultural ou étnico.</li> </ul>
<p><b>e) Incluir interação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilizar espaço em branco no fim do material destinado a anotações de dúvidas, questionamentos e pontos importantes.</li> </ul>
<b>Ilustração</b>
<p><b>a) Seleção da ilustração:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar número limitado de ilustrações para não sobrecarregar o material.</li> <li>• Selecionar ilustrações que ajudem a explicar ou enfatizar pontos e ideias importantes do texto.</li> <li>• Evitar ilustrações abstratas e que tenham apenas função decorativa no texto.</li> <li>• Evitar desenhos e figuras estilizadas.</li> <li>• Ilustrar a ação ou o comportamento esperado ao invés do que deve ser evitado.</li> <li>• Utilizar desenhos de linhas simples, que funcionam melhor para ilustrar um procedimento.</li> <li>• Usar, com cautela, caricaturas. Elas são boas para comunicar humor, mas podem não ser entendidas por alguns leitores. Não usar caricaturas para ilustrar partes do corpo ou itens relacionados com a saúde.</li> <li>• Usar ilustrações apropriadas ao leitor, evitando ilustrar material dirigido ao público com motivos infanto-juvenis.</li> </ul>

**Quadro 5** – Aspectos da linguagem, ilustração e *layout* considerados na elaboração de materiais educativos impressos (continuação).

<b>Ilustração</b>
<p><b>a) Seleção da ilustração:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar fotos e ilustrações de boa qualidade e alta definição, realizadas por um profissional de <i>design</i> gráfico.</li> <li>• Quando usar ilustrações de órgãos internos do corpo ou de pequenos objetos, utilizar imagens realistas e colocá-las no contexto real.</li> <li>• Apresentar os pequenos objetos em ilustrações maiores para que os detalhes sejam visualizados, mas apresentar uma escala para compará-los com alguma coisa familiar à clientela.</li> </ul>
<p><b>b) Ilustrações sensíveis e relevantes culturalmente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar imagens e símbolos familiares ao público-alvo, que permitam as pessoas se identificar com a mensagem.</li> <li>• Usar, com cautela, símbolos e sinais pictográficos. Símbolos "universais" como sinal de pare, X e setas, por exemplo, podem não ser entendidos pelo público-alvo</li> <li>• Considerar, nas ilustrações apresentadas, as características raciais e étnicas do público-alvo.</li> <li>• Mostrar pessoas dos mais variados grupos, idades e etnias, se o material for para um público diverso.</li> </ul>
<p><b>c) Disposição das ilustrações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar os pequenos objetos em ilustrações maiores para que os detalhes sejam visualizados, mas apresentar uma escala para compará-los com alguma coisa familiar à clientela.</li> <li>• Considerar, nas ilustrações apresentadas, as características raciais e étnicas do público-alvo.</li> <li>• Considerar pessoas dos mais variados grupos, idades e etnias.</li> <li>• Dispor as ilustrações de modo fácil, para o leitor segui-las e entendê-las.</li> <li>• Ilustrar apenas os pontos mais importantes a fim de evitar material muito denso.</li> <li>• Usar setas ou círculos para destacar informações-chave na ilustração.</li> </ul>
<b>Layout e design</b>
<p><b>a) Fontes, cores e sombreamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar fonte 14, no mínimo, pois o material destina-se ao público adulto.</li> <li>• Utilizar nos títulos fontes dois pontos maiores que as do texto.</li> <li>• Evitar textos com fontes estilizadas e maiúsculas, pois dificultam a leitura.</li> <li>• Usar negrito apenas para os títulos ou para destaques.</li> <li>• Usar cores com sensibilidade e cautela, para não supercolorir, deixando o material visualmente poluído.</li> <li>• Utilizar impressão preta sobre fundo claro para facilitar a leitura.</li> <li>• Utilizar impressão fosca (papel e tinta), pois melhora a legibilidade pela redução do brilho.</li> </ul>
<p><b>b) Capa de efeito atrativo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confeccionar uma capa com imagens, cores e texto atrativos.</li> <li>• Mostrar na capa a mensagem principal e o público-alvo para permitir que o leitor capte a mensagem principal apenas por sua visualização.</li> </ul>
<p><b>c) Organização da mensagem para facilitar a ação desejada e a lembrança:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinalizar adequadamente os tópicos e subtópicos, usando recursos, como títulos, subtítulos, negritos e marcadores.</li> <li>• Colocar palavras ou ideias-chaves no início da frase ou da proposição.</li> <li>• Apresentar uma ideia completa numa página ou nos dois lados da folha, pois, se o leitor tem que virar a página, no meio da mensagem, ele pode esquecer sua primeira parte.</li> <li>• Colocar a informação mais importante no início e no fim do documento.</li> <li>• Organizar as ideias no texto na mesma sequência em que o público-alvo irá usá-las.</li> <li>• Limitar a quantidade de texto na página, pois nem todos os leitores têm a capacidade de ler e interpretar apenas com palavras.</li> </ul>

**Quadro 5** – Aspectos da linguagem, ilustração e *layout* considerados na elaboração de materiais educativos impressos (conclusão).

<i>Layout e design</i>
<p><b>d) Espaço em branco, margens e marcadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deixar no mínimo, 2,5 cm de espaço em branco nas margens da página e entre as colunas.</li> <li>• Limitar a quantidade de texto na página, pois nem todos os leitores têm a capacidade de ler e interpretar apenas com palavras.</li> <li>• Usar títulos e subtítulos, deixando mais espaço acima que abaixo deles, para dar uma ligação mais forte</li> </ul>

Fonte: Moreira, Nóbrega e Silva (2003).

#### **4.3.4 Validação do material construído**

Validade é o grau em que o instrumento mede o que supostamente deve medir. Não se pode dizer que determinado instrumento possui ou não validade, pois é uma questão de grau. O pesquisador não valida um instrumento em si, mas alguma aplicação deste instrumento (POLIT, BECK, 2011).

A validação de conteúdo é um passo essencial no desenvolvimento de novos instrumentos e deve ser feita precocemente. Refere-se ao domínio de um constructo que fornece a estrutura ou a base para formulação de questões que representem adequadamente o conteúdo, as quais dever ser submetidas a um grupo de especialistas com experiência na área de conteúdo. Isto é, eles devem julgar se o conjunto dos itens é abrangente e representativo do conteúdo em foco, ou se o conteúdo de cada item se relaciona com aquilo que se deseja medir (LOBIONDO-WOOD, HABER, 2001).

Segundo Moreira, Nóbrega e Silva (2003), esta fase deve ser realizada com profissionais de saúde especializados e envolvidos com o público-alvo, por profissionais de outras áreas com conhecimento em produção de material educativo.

A validação de aparência ou de face é uma forma subjetiva de validar um instrumento. Consiste no julgamento de um grupo de juízes quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento. Trata-se de uma avaliação superficial realizada por aqueles que se utilizarão do instrumento (POLIT, BECK, 2011, OLIVEIRA, 2006).

#### 4.3.4.1 Validação por profissionais

Nesta etapa, o pesquisador submete o instrumento, no caso o material educativo, a um grupo de juízes considerados especialistas no conceito em estudo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

É cada vez mais comum o uso de grupo de especialistas independentes para validar as novas tecnologias. A análise dos especialistas é importante porque eles medirão cada item no que tange ao domínio correspondente e julgarão se aqueles itens realmente representam o conteúdo do domínio específico, considerando a adequação dos componentes da tecnologia educativa (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Portanto, é fundamental que os especialistas sejam realmente *experts* na área do constructo para avaliar adequadamente a relevância de cada item submetido.

Melo *et al.* (2011) afirma que a escolha inadequada dos especialistas pode influenciar na confiabilidade dos resultados, sendo imprescindível a clareza na seleção dos critérios direcionados aos objetivos do estudo.

Entretanto, reconhece-se que a seleção de especialistas é ponto crítico em estudos de validação, em virtude da falta de uniformidade nos critérios de escolha para eleger um sujeito como perito e por não haver consenso na literatura do tamanho da amostra necessário no grupo de especialistas (CARVALHO *et al.*, 2008).

#### 4.3.4.2 Validação pelo público-alvo

A validação do material educativo com pessoas que já vivenciaram de alguma forma o tema nela abordado é uma atitude necessária. É um momento de avaliar o que está faltando, o que não foi compreendido e a distância que existe entre o que escrevemos e o que é entendido e como é entendido (ECHER, 2005). Fonseca *et al.* (2004) acrescenta que nessa fase deve-se verificar o que precisa ser acrescentado ou aperfeiçoado no material educativo.

É importante destacar, que a fase de elaboração deve ser seguida da avaliação da versão preliminar do material, com a participação do público-alvo destinatário da mensagem. Esse processo proporciona informações, sugestões e opiniões sobre a qualidade do material quanto à compreensão, aceitação da mensagem, adequação cultural, estilo, linguagem, apresentação e eficácia, apontando para as possíveis necessidades de reajustes e modificações (MOREIRA, NÓBREGA E SILVA, 2003).

### **4.3.5 Avaliação da aplicação da cartilha com o público-alvo**

Para a avaliação da aplicação da cartilha com o público-alvo realizou-se uma pesquisa quase-experimental, do tipo grupo único, antes e depois, pois se constitui numa intervenção sobre um grupo populacional cuja amostra foi selecionada por conveniência. Esse delineamento metodológico é utilizado quando apenas um grupo está disponível para o estudo. Os dados são coletados antes e depois de tratamento experimental em um único grupo de indivíduos (POLIT; BECK, 2011; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Os procedimentos metodológicos estão apresentados neste capítulo de acordo com cada fase da metodologia e os resultados desta pesquisa são apresentados no capítulo 5 – Resultados – item 5.7 “Resultados da avaliação de resultados em saúde com o público-alvo”.

## **4.4 População e amostra**

### **4.4.1 Amostra de juízes**

Pasquali (1998) recomenda um número mínimo de seis juízes para processos de validação. Para Lynn (1986) é recomendado o mínimo de três juízes, sendo dispensável um número superior a dez. Para evitar empate de opiniões, adotou-se uma quantidade ímpar de juízes para cada tipo de avaliação. Deste modo, foram selecionados onze juízes em conteúdo e três juízes em aspectos gráficos, totalizando 14 juízes.

Os juízes participantes da amostra foram selecionados pelo método não-probabilístico por conveniência, do tipo “bola de neve” (amostragem em rede ou em cadeia), o qual é utilizado para localizar amostras difíceis de serem localizadas de outra maneira (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Assim, conforme, esclarece Polit e Beck (2011), o investigador procura um especialista que tenha as características pretendidas para a amostra e solicita que indique outras pessoas que atendam aos critérios de elegibilidade. Trata-se, portanto, de amostragem por conveniência.

Para avaliar o material educativo quanto aos conteúdos relacionados aos objetivos, linguagem, relevância, ilustrações, *layout*, motivação e cultura, realizou-se a validação com profissionais de saúde da área da neurologia. Entretanto, a avaliação dos aspectos técnicos relacionados à apresentação, ilustração, *layout* e diagramação, realizou-se a validação com profissionais em *designer* gráfico.

Os juízes foram selecionados a partir dos critérios propostos por Jasper (1994), o qual aponta que um especialista em determinada área deve atender aos seguintes requisitos: possuir

conhecimento/habilidade adquiridos pela experiência; possuir habilidade/conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto; possuir habilidade em determinado tipo de estudo; possuir aprovação em teste específico para identificar *experts*; possuir classificação alta atribuída por uma autoridade. No presente estudo, os profissionais de saúde deveriam atender, minimamente, a dois dos requisitos para serem selecionados como juízes; e os profissionais de *designer* deveriam atender, minimamente, a um dos requisitos para serem selecionados como juízes.

Os critérios de Jasper (1994) foram adaptados as características específicas necessárias a validação do constructo por meio de critérios de elegibilidade para juízes em conteúdo e juízes em aspectos técnicos.

Os juízes em conteúdo foram selecionados a partir dos seguintes critérios de elegibilidade: 1) ser profissional de saúde com experiência profissional (clínica, ensino ou pesquisa) de no mínimo cinco anos na área de: cuidados à pessoa com lesão medular, ou neurologia ou sexualidade; 2) possuir trabalhos publicados nas áreas temáticas: lesão medular, neurologia ou sexualidade; 3) ser especialista, mestre ou doutor em sua área de formação.

Os critérios de elegibilidade para os juízes em aspectos técnicos foram: 1) ter formação na área de *designer* gráfico ou publicidade de no mínimo três anos; 2) possuir experiência profissional na área de *design* de materiais didáticos impressos ou digitais de no mínimo três anos.

#### **4.4.2 Amostra do público-alvo**

O público-alvo foi constituído de pessoas com lesão medular agrupados em duas amostras, a primeira, para a validação de aparência da cartilha, e a segunda para a avaliação da aplicação da cartinha.

A seleção dos sujeitos foi realizada pelo método “bola de neve”, na qual os membros iniciais indicavam outras pessoas. Estes foram contatados em uma instituição pública que atende pessoas com deficiências, em seguida foi solicitado dos mesmos a indicação de outras pessoas de sua rede social que possuíam lesão medular. O contato com os participantes indicados ocorreu através de ligações telefônicas para agendar as visitas domiciliares para a coleta de dados.

É importante informar que foi solicitada e obtida autorização prévia da instituição para contatar os frequentadores. A instituição denominada Centro de Profissionalização Inclusiva para a Pessoa com Deficiência, é uma instituição pública vinculada à Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Governo do Estado do Ceará, para a formação

profissional, intermediação e inserção no mercado de trabalho de pessoas com deficiência e apoio a atividades paraesportistas de diversas modalidades: natação, basquete, futsal e tênis de mesa.

Para ambas as amostras foram utilizados os seguintes critérios de elegibilidade: 1) ser pessoa acometida por lesão medular; 2) ser maior de 18 anos; 3) ser alfabetizado e ter no mínimo quatro anos de estudo, este foi considerado em função do analfabetismo funcional. Segundo Soares (2004) o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), seguindo as recomendações da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), considera as pessoas com menos de quatro anos de estudo analfabetas funcionais; 4) ser residente no município de Fortaleza – CE e região metropolitana, por ser mais acessível o contato; e 5) ter sido acometido pela lesão medular a no mínimo seis meses, devido ao período necessário aos ajustes sexuais. Critério de exclusão: Pessoas que possuíssem limitações cognitivas, de modo a comprometer a sua participação na avaliação do material educativo.

Os critérios de descontinuidade foram os seguintes: 1) desistência da pessoa em participar da pesquisa pela não devolução dos instrumentos de avaliação; 2) mudança de residência da pessoa para outro município que impossibilitasse a continuação da coleta de dados 3) Falecimento do participante no decorrer do estudo.

#### *4.4.2.1 Amostra do público-alvo para a validação de aparência da cartilha*

Para a validação da cartilha educativa com o público-alvo foi adotado as recomendações de Beaton *et al.* (2007), o qual orienta que no processo de validação, após avaliação por um comitê de juízes, seja realizado um pré-teste, com a população-alvo composta de preferência por 30-40 indivíduos.

A amostra inicial foi constituída por 50 pessoas selecionadas por conveniência, no entanto, 13 pessoas receberam os materiais (cartilha e instrumento de avaliação) mas não os devolveram no prazo estipulado, mesmo após a prorrogação do prazo de 15 dias para 30 dias. Portanto, amostra final foi constituída por 37 pessoas.

#### *4.4.2.2 Amostra do público-alvo para a avaliação da aplicação da cartilha*

Para a avaliação da aplicação da cartilha com o público-alvo foram selecionados novos participantes, uma vez que pretendíamos avaliar a aprendizagem antes e depois da implementação da cartilha, sendo, portanto, excluídos os indivíduos que participaram da etapa

anterior (validação de aparência com o público-alvo). Desta forma, a amostra ficou ainda mais restrita e escassa, então, quando foi observada a repetição dos dados, decidiu-se encerrar a coleta de dados, a exemplo do estudo de Maniva (2016). Portanto, a amostra foi composta por 20 pessoas acometidas por lesão medular.

Devido ao tamanho amostral obtido para a implementação da intervenção educativa proposta, a avaliação dos resultados em saúde foi considerada um estudo piloto. Os estudos pilotos são úteis para estimar as variáveis de interesse, avaliar a exequibilidade do estudo, analisar a adequabilidade dos instrumentos para a coleta de dados e realizar estimativas de cálculos estatísticos para o planejamento de um estudo maior. O objetivo principal de um estudo piloto é demonstrar a exequibilidade de uma intervenção (BECKER, 2008; HERTZOG, 2008). Este mesmo tipo de estudo foi utilizado por Sasso-Mendes (2010), também devido a amostra restrita (n=15), em estudo sobre a análise do conhecimento de candidatos ao transplante de fígado, antes e depois da implementação de uma intervenção educativa.

#### **4.5 Instrumentos de coleta de dados**

Foram utilizados cinco instrumentos. Os instrumentos utilizados para a validação da tecnologia educativa foram adaptados dos estudos de Barros (2015): o primeiro direcionado aos juízes em conteúdo / profissionais de saúde (Apêndice C), o segundo para os juízes em aspectos técnicos / *designer* gráfico (Apêndice D) e o terceiro para o público-alvo / pessoas com lesão medular (Apêndice F). E os instrumentos utilizados para a avaliação do conhecimento, atitude e prática do público-alvo foram adaptados quanto a temática e pontuação do estudo de Maniva (2016) (Apêndice G).

##### ***4.5.1 Instrumentos de validação da tecnologia educativa***

Os instrumentos de validação da tecnologia educativa foram compostos por quatro partes.

A primeira parte contém dados de identificação: os instrumentos destinados aos juízes contiveram também dados referentes à formação e atuação profissional: titulação, instituição e tempo de formação, tempo de atuação na área, participação em grupos/projetos de pesquisa e produção científica; E o instrumento destinado ao público-alvo conteve também dados sociodemográficos e clínicos sobre a lesão medular.

A segunda parte corresponde ao questionário de validação do material educativo. Este era composto por instruções de preenchimento do instrumento e por itens avaliativos do material educativo. No entanto, cada instrumento avaliou aspectos diferentes:

- Os juízes em conteúdo avaliaram: objetivos, conteúdo, linguagem, relevância, ilustrações, layout, motivação e cultura.
- Os juízes em *designer* gráfico avaliaram: estrutura, apresentação, ilustração, layout, funcionalidade, usabilidade e eficiência.
- O público-alvo avaliou: objetivo, organização, linguagem, aparência e motivação.

As respostas às questões foram apresentadas utilizando a Escala de Likert, seguindo os critérios de opinião sugeridos por Hulley *et al.* (2008), a variar entre os seguintes níveis:

- 1) Discordo totalmente – quando o juiz não estava de maneira alguma de acordo com a afirmação proposta.
- 2) Discordo – quando o juiz não estava de acordo com a afirmação proposta;
- 3) Não discordo nem concordo – quando o juiz não tinha opinião sobre a afirmação proposta;
- 4) Concordo – quando o juiz estava de acordo com a afirmação proposta;
- 5) Concordo totalmente – quando o juiz estava totalmente de acordo com a afirmação proposta;

Ao final de cada item do questionário foi reservado um espaço para comentários e observações dos juízes.

A terceira parte compreendeu a avaliação dos textos apresentados no material educativo relacionado com a sexualidade e a atividade sexual de pessoas com lesão medular. Foram seguidos três critérios: relevância, clareza e grau de relevância. Por tratar-se de uma análise referente ao conteúdo do material educativo, esta parte está presente apenas nos instrumentos dos juízes profissionais de saúde e do público-alvo, já que os juízes em *designer* analisaram os aspectos gráficos.

A quarta parte foi a avaliação final do material educativo, com quatro possibilidades de respostas: 1) aprovado; 2) aprovado com modificações; 3) reprovado com qualidades e 4) reprovado. Foram solicitados aos participantes a justificativa da resposta, caso eles optassem por uma das opções 2, 3 ou 4, afim de realizar ajustes ao material.

#### 4.5.2 Instrumentos de avaliação dos resultados da tecnologia educativa

Para avaliar os resultados em saúde do público-alvo, optou-se pela utilização de um instrumento que avalia o conhecimento, a atitude e a prática, conhecido com Inquérito CAP. O inquérito CAP mede o conhecimento, a atitude e a prática de uma população, e mostra o que as pessoas sabem, sentem e como se comportam a respeito de um tema predefinido (KALIYAPERUMAL, 2004).

Os conceitos de conhecimento, atitude e prática foram estabelecidos a partir de estudos similares (MARINHO *et al.*, 2003; BORGES; SILVINO; SANTOS, 2016; MANIVA, 2016):

- Conhecimento – Significa recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade na aplicação de fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emissão de conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento. Relaciona-se ao domínio cognitivo – dimensão intelectual.
- Atitude – É ter opiniões, sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional
- Prática – É a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social

O instrumento utilizado (APÊNDICE G) tratou-se de um formulário semiestruturado composto por quatro partes: a primeira correspondeu aos dados de identificação dos participantes (dados sociodemográficos e dados clínicos); a segunda, ao inquérito CAP pré-teste (CAP – PT); a terceira, ao inquérito CAP pós-teste imediato (CAP – PTI); a quarta, ao inquérito CAP pós-teste tardio (CAP – PTT).

O formulário foi submetido à validação de conteúdo por três especialistas na temática de interesse do estudo (lesão medular). Após os ajustes no instrumento para adequação das sugestões dos avaliadores, realizou-se um pré-teste com três pacientes para verificar aplicabilidade do instrumento, sendo excluídos da análise posterior. No pré-teste identificou-se a necessidade de reformulação das respostas no domínio conhecimento. As perguntas mais conceituais (perguntas:1, 2, 3, 4 e 10 do domínio conhecimento) foi dado três opções de respostas, uma totalmente incorreta, uma parcialmente correta e outra totalmente correta; nas demais perguntas do instrumento as opções de respostas foram dicotômicas: sim ou não. Assim,

optou-se por deixar questões objetivas afim de auxiliar no raciocínio e facilitar o preenchimento.

Os assuntos que compuseram cada um dos domínios (conhecimento, atitude e prática) foram definidos a partir da revisão integrativa da literatura e da pesquisa documental nos *blogs*, as quais apontaram os principais temas a serem abordados junto ao público-alvo.

No instrumento elaborado, o domínio conhecimento do CAP foi composto por dez questões sobre sexualidade, função sexual da pessoa com lesão medular e disreflexia autonômica. O domínio atitude foi composto por três questões que buscaram averiguar a disposição da pessoa para adotar hábitos e atitudes para uma vida sexual saudável e satisfatória a partir do conhecimento sobre sexualidade e função sexual. O domínio prática foi composto por oito questões que buscaram saber quais os cuidados a pessoa reconhecia como necessários para ter uma vida sexual saudável e satisfatória.

Foram usadas as mesmas perguntas para conhecimento, atitude e prática nos três inquéritos CAP (pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste tardio).

Em virtude de não existir uma escala específica para classificação do Conhecimento, Atitude e Prática em relação à lesão medular, a pesquisadora estabeleceu os critérios a serem abordados em cada domínio do CAP, com base nos estudos de Maniva (2016) e Neri *et al.* (2013), os quais utilizaram inquérito CAP em situações diversas, prevenção de acidente vascular encefálico (AVE) e exame de Papanicolau por prostitutas, respectivamente.

Para cada critério dos domínios foi atribuído 1 ponto. O domínio conhecimento recebeu o total de 10 pontos, para o qual considerou-se conhecimento adequado (pontuação entre 6-10 pontos) e conhecimento inadequado (pontuação  $\leq 5$  pontos). Para o domínio atitude, a pontuação total foi de 3 pontos. Atitude foi considerada adequada quando a pontuação era equivalente a 2 ou 3 pontos, e inadequada, quando a pontuação foi igual a 1 ponto ou nenhum. No domínio prática, a pontuação total foi de 8 pontos. Assim, considerou-se prática adequada (pontuação entre 5-8 pontos) e prática inadequada/insuficiente (pontuação  $\leq 4$  pontos).

No final de cada inquérito havia a avaliação geral da aprendizagem que era o somatório das pontuações nos três domínios. Assim, considerou-se aprendizagem adequada (pontuação entre 13-21 pontos) e aprendizagem inadequada/insuficiente (pontuação  $\leq 10$  pontos) (Quadro 6).

**Quadro 6** - Critérios de classificação do conhecimento, atitude e prática sobre a sexualidade e função sexual da pessoa com lesão medular.

Conhecimento*	Conhecimento Inadequado	Conhecimento Adequado
1. A pessoa sabe o que é sexualidade. 2. A pessoa sabe que pode ter desejos sexuais. 3. A pessoa sabe o que é lesão medular. 4. A pessoa sabe como a lesão medular afeta a função sexual. 5. A pessoa sabe que o homem com lesão medular pode ter ereção. 6. A pessoa sabe que o homem com lesão medular pode ejacular. 7. A pessoa sabe que o homem com lesão medular pode ter filhos. 8. A pessoa sabe que a mulher com lesão medular menstrua. 9. A pessoa sabe que a mulher com lesão medular pode engravidar. 10. A pessoa sabe o que é disreflexia autonômica.	≤ 5 pontos	6 – 10 pontos
Atitude*	Atitude Inadequada	Atitude Adequada
1. A pessoa acredita poder ter uma atividade sexual saudável e satisfatória. 2. A pessoa considera importante ter informações sobre sua sexualidade. 3. A pessoa considera importante tratar as disfunções sexuais.	≤ 1 ponto	2 – 3 pontos
Prática*	Prática Inadequada	Prática Adequada
1. A pessoa sabe que conversar com o parceiro ajuda no relacionamento. 2. A pessoa sabe que as carícias podem ajudar no prazer e satisfação sexual. 3. A pessoa deve fazer a higiene corporal e íntima antes da relação sexual. 4. A pessoa deve ter cuidado com a pele para não causar lesões. 5. A pessoa deve fazer o esvaziamento da bexiga antes da relação sexual. 6. A pessoa deve fazer o esvaziamento do intestino antes da relação sexual. 7. A pessoa que deve prevenir-se de doenças sexualmente transmissíveis. 8. A pessoa sabe que pode evitar uma gravidez não planejada.	≤ 4 pontos	5 – 8 pontos

Fonte: Elaborado pela autora. \* Observação: Cada resposta correta corresponde a um ponto.

#### 4.6 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em três etapas, a saber:

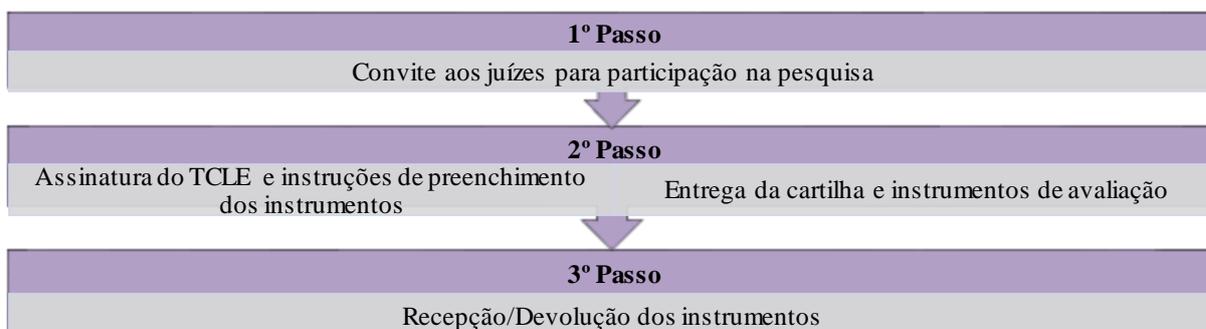
- 1) Validação de conteúdo e aspectos técnicos da cartilha com juízes especialistas, profissionais de saúde e *designer*, ocorreu no período de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017.
- 2) Validação de aparência da cartilha com público-alvo, pessoas com lesão medular, ocorreu no período de março a abril de 2017.
- 3) Avaliação do conhecimento, atitude e prática do público-alvo, pessoas com lesão medular, ocorreu no período de maio de 2017.

##### 4.6.1 Coleta de dados da validação com os juízes

Os juízes selecionados foram convidados para participar do estudo por meio de Carta Convite, via correio eletrônico ou pessoalmente (APÊNDICE A). Mediante o aceite em participar do estudo, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE

B) para obtenção da anuência, o instrumento de avaliação (APÊNDICE C e D) com as instruções de preenchimento do instrumento e a uma cópia impressa da cartilha educativa. Foi estipulado um prazo de 15 dias para devolução do material encaminhado aos juízes (Figura 3).

**Figura 3** – Representação gráfica das etapas de validação da cartilha educativa com os juízes.



Fonte: Elaborado pela autora

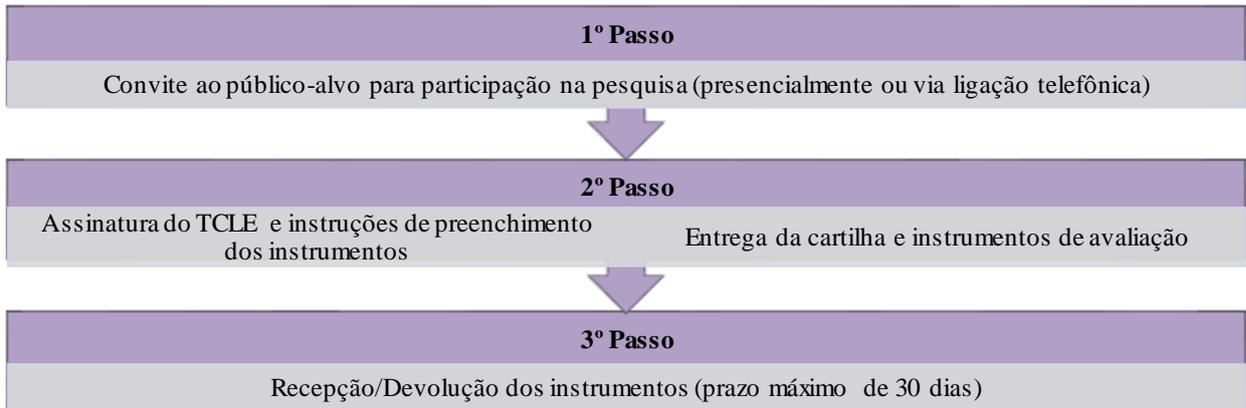
#### **4.6.2 Coleta de dados da validação com o público-alvo**

A coleta de dados da validação da cartilha educativa com o público-alvo, aconteceu em 3 momentos: 1. O público-alvo foi convidado a participar da pesquisa e em seguida receberam orientações acerca dos objetivos da pesquisa, apresentação da cartilha educativa e dos instrumentos de validação da cartilha. Após a orientação, aos que concordaram em participar da pesquisa, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E) e em seguida foi entregue um exemplar da cartilha educativa e os instrumentos de avaliação (APÊNDICE F) (Figura 4).

O participante foi orientado a ler o material no domicílio, conforme sua disponibilidade e conveniência, possibilitando sua privacidade, principalmente por trata-se de uma temática que envolve questões íntimas. Segundo relatos o tempo médio para a leitura foi de 30 minutos.

Foi estabelecido o prazo de no máximo duas semanas para devolução do questionário, no entanto, este prazo foi estendido para até um mês, tendo em vista que alguns participantes solicitavam a prorrogação da entrega por questões profissionais, familiares ou de saúde. O preenchimento do instrumento poderia ser realizado pelo próprio participante ou pela pesquisadora, caso este solicitasse auxílio. A pesquisadora permaneceu a disposição para o esclarecimento de dúvidas quanto ao conteúdo do material educativo ou ao preenchimento do instrumento.

**Figura 4** – Representação gráfica das etapas de validação da cartilha educativa com o público-alvo.



Fonte: Elaborado pela autora

#### 4.6.3 Coleta de dados da avaliação dos resultados com o público-alvo

A etapa de avaliação da aplicação da cartilha educativa com o público-alvo, ocorreu por meio de cinco etapas, a saber: convite para participar; assinatura do TCLE (APÊNDICE E) e aplicação do Pré-teste, Leitura da cartilha educativa; aplicação do pós-teste imediato, logo após a leitura e por último a aplicação do pós-teste tardio, este ocorre após duas semanas da aplicação do pré-teste. (Figura 5).

**Figura 5** – Representação gráfica das etapas de avaliação dos resultados da cartilha educativa com o público-alvo.



Fonte: Elaborado pela autora

O público-alvo foi convidado a participar da pesquisa e em seguida receberam explicação dos objetivos da pesquisa, apresentação da cartilha educativa e dos instrumentos de avaliação da cartilha. Após essa explicação, caso a pessoa concordasse em participar da pesquisa, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDECE E) .

No segundo momento da coleta de dados, efetuou-se o preenchimento dos dados de identificação sociodemográfico e clínicos e a aplicação do instrumento do pré-teste. (APÊNDICE G)

No terceiro momento, realizou-se a entrega de um exemplar da cartilha educativa ao participante de modo permanente, concedendo-lhe tempo suficiente posterior para leitura do material. Os participantes optaram por responder ao formulário do pré-teste e realizar a leitura da cartilha logo em seguida. Procurou-se deixar o participante confortável, respeitando o tempo de leitura de cada um deles.

No quarto momento, uma vez concluída a leitura da cartilha, deu-se a aplicação do instrumento pós-teste imediato (APÊNDICE H). Ao final, a pesquisadora certificava se o paciente possuía alguma dúvida e realizava o devido esclarecimento. O tempo médio para aplicação do pré-teste, leitura da cartilha e pós-teste imediato foi de 60 minutos.

No quinto e último momento, ocorreu o pós-teste tardio (APÊNDICE I), mediante contato telefônico. Adotou-se o intervalo de 15 dias. LoBiondo-Wood e Haber (2001) esclarecem que o intervalo entre administrações repetidas de instrumentos em um mesmo grupo é variável e depende do fenômeno que está sendo medido. Estudos apresentam intervalos que variam entre horas, até meses. É importante considerar um intervalo longo o suficiente para que o participante não recorde as respostas do primeiro momento, porém não tão extenso a ponto de modificar o objeto de estudo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A execução da coleta de dados referentes ao pós-teste tardio, seguiu as diretrizes do estudo de Maniva (2016): foram realizadas três tentativas para entrar em contato por telefone com cada participante, em pelo menos em três dias consecutivos. O contato com os participantes ocorreu mediante o horário previamente escolhido por ele, na ocasião do pré-teste. O tempo de duração da ligação telefônica variou de cinco a dez minutos.

#### **4.7 Organização e análise de dados**

De posse dos dados, realizou-se a análise dos dados obtidos de cada avaliador, tanto dos juízes em conteúdo e em designer gráfico, quanto das pessoas com lesão medular. Deste

modo, foram seguidos os seguintes passos: análise individual de cada instrumento de avaliação; registro das sugestões de cada avaliador em quadros sintéticos dos pontos de análise e implementação das sugestões propostas, contatando-se o profissional especialista em *designer* gráfico para adequação das ilustrações, conforme necessidade.

Os dados coletados foram compilados no *Excel*® e posteriormente tratados estatisticamente no *Software IBM SPSS Statistics*, versão 20.0, licença nº 10110131007 (Nova York, USA, 2011). Esses dados foram apresentados em tabelas e gráficos, e discutidos com base na literatura pertinente.

Os dados de identificação dos juízes (dados sociodemográficos, formação e atuação profissional) e público-alvo (dados sociodemográficos e clínicos) foram tratados a partir da estatística descritiva, mediante uso frequências absolutas e relativas, medidas descritivas (médias, medianas e desvio padrão) e teste binomial. O nível de significância adotado foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

Para a validação de conteúdo utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Este representa um método muito utilizado na área da saúde, ele mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Ele permitindo analisar cada item individualmente e o instrumento como um todo. Utilizou-se uma escala tipo Likert com pontuação de um a cinco. Para avaliar a concordância de cada item das respostas dos juízes, foi utilizada a seguinte classificação: 1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = não discordo nem concordo; 4 = concordo; 5 = concordo totalmente (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O IVC é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “4” ou “5” pelos juízes. Os itens que receberam pontuação “1”, “2” ou “3” foram revisados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). No presente estudo, o IVC foi calculado a partir das respostas “4” e “5” selecionadas pelos juízes, as quais correspondiam às respostas “concordo” e “concordo totalmente”.

Segundo Polit e Beck (2011), o IVC é calculado com base em três matemáticas apresentadas a seguir:

- Validade de conteúdo dos itens individuais / *Item-level Content Validity Index* (I-CVI):

$$I - CVI = \frac{\text{Número de respostas "4" ou "5"}}{\text{Numero total de respostas}}$$

- Validade de conteúdo de cada categoria / *Scale-level Content Validity Index, Universal Agreement (S-CVI/UA)*:

$$S - CVI/AU = \frac{\text{Número de respostas "4" ou "5"}}{\text{Número total de respostas} \times \text{Número de itens na variável}}$$

- Validade de conteúdo para todos os itens da escala / *Scale-level Content Validity Index, Average Calculation Method (S-CVI/AVE)*:

$$S - CVI/AVE = \frac{\text{Número de respostas "4" ou "5"}}{\text{Número total de respostas} \times \text{Número total de itens da escala}}$$

No presente estudo foi calculado o IVC para cada item da cartilha (I-CVI); o IVC para cada categoria de itens da cartilha (S-CVI/UA), que corresponde a média do IVC dos itens de cada categoria; e o IVC para a cartilha como um todo (S-CVI/AVE), que corresponde a média global do IVC de todos os itens das categorias.

De acordo com Alexandre e Coluci (2011) o grau de concordância mínima para validar novos instrumentos deve ser 80% entre os juízes. No entanto, eles recomendam que para amostras inferiores a cinco sujeitos deve-se considerar um grau de concordância de 100% entre os juízes. Já Barros (2015) baseados em outros estudos de validação de tecnologias educativas, refere que a validação de aparência entre juízes em *designer* gráfico pode variar de 70 a 80%.

Desta forma, foi adotado o grau de concordância equivalente a 85% para os juízes profissionais da saúde, juízes em *designer* gráfico e público-alvo considerando o IVC dos itens individuais da cartilha (I-CVI). Os itens ou categorias que não atingiram o índice de 85% foram reavaliados, corrigidos ou justificados de acordo com a literatura pertinente.

Para a tabulação dos dados, após a apreciação dos juízes e público-alvo, as respostas foram agrupadas de forma dicotômica em que as respostas “1”, “2” ou “3” foram classificadas como inadequada e as respostas “4” e “5” foram classificadas como adequada. Esta forma de tabulação possibilitou aplicação do teste estatístico do tipo binomial.

Para confirmar a viabilidade estatística do IVC, utilizou-se teste não paramétricos de aderência do tipo teste binomial. O teste binomial é indicado para amostras pequenas, mas para utilizá-lo é necessário que os eventos na população se apresentem de forma dicotômica ou binária (AYRES; AYRES JR., 2007). No teste binomial, os valores de  $p$  superiores a 0,05 indicavam que houve uma concordância entre os juízes estatisticamente não inferior a 85% para

os juízes profissionais da saúde e público-alvo, e não inferior a 80% para os juízes em *designer gráfico*.

Para comparação dos escores do CAP antes e depois da aplicação da cartilha, foi utilizado o teste Friedman. Foi considerado como estatisticamente significantes as análises inferenciais com  $p < 0,05$ .

#### **4.8 Aspectos éticos**

O estudo respeitou, em todas as etapas de execução, os aspectos éticos e legais da pesquisa de acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana (BRASIL, 2016).

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil para apreciação por Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob protocolo CAAE: 57134416.4.0000.5054 e número de parecer: 1.615.777. A pesquisa obteve aprovação no comitê.

Cada participante da pesquisa recebeu informações detalhadas sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos que foram utilizados para a coleta de dados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que somente após o consentimento por escrito, autorizou a pesquisadora a incluir os dados fornecidos no protocolo de pesquisa, demonstrando a concordância em participar voluntariamente do estudo, resguardando sua identificação e garantindo-lhe o direito de não participarem do estudo ou retirarem seu consentimento a qualquer momento.

## 5 RESULTADOS

Para melhor compreensão do leitor, os resultados foram descritos de acordo com as etapas, a saber:

1. Resultados da pesquisa documental sobre os interesses e as necessidades educacionais do público-alvo em *Blog*
2. Revisão integrativa do conteúdo da cartilha educativa;
3. Construção e reconstrução da cartilha educativa sobre a sexualidade da pessoa com lesão medular;
4. Validação do conteúdo da cartilha com juízes profissionais de saúde;
5. Validação da aparência da cartilha com juízes em *designer* gráfico;
6. Validação da aparência da cartilha com público-alvo;
7. Avaliação dos resultados em saúde com público-alvo, por meio de pesquisa quase-experimental tipo estudo piloto.

### 5.1 Resultados da pesquisa documental sobre os interesses e as necessidades educacionais do público-alvo em *Blog*

A seguir apresentamos os principais achados da pesquisa nos *blogs*, os dados quantitativos foram descritos em tabelas e os qualitativos em quadros.

**Tabela 1** – Estatística descritiva dos *blogs* selecionados para o estudo. Fortaleza, 2017.

Variáveis	N	%
<b>Sexo do autor</b>		
Feminino	7	43,75
Masculino	9	56,25
<b>Tipo de deficiência do autor</b>		
Tetraplégicos	6	37,50
Paraplégicos	5	31,25
Deficiente físico (cadeirante)*	5	31,25
<b>Tempo de criação</b>		
Menos de cinco anos	13	81,25
Mais de cinco anos	3	18,75
<b>Atualização</b>		
Atualizado	13	81,25
Desatualizado	3	18,75
<b>Nacionalidade</b>		
Brasil	15	93,75
Portugal	1	6,25
<b>Total</b>	16	100,00

Fonte: *Google*. Elaborado pela autora. \* Pessoa com deficiência física que se identificava com cadeirante.

A tabela 1 apresenta a frequência absoluta e relativa percentual dos dados de autoria (sexo, deficiência e nacionalidade), criação e atualização dos *blogs*.

Foram analisados 16 *blogs* e evidenciado que a maioria eram de autoria de pessoas com lesão medular, do tipo tetraplegia (37,50%), essa informação foi obtida através da consulta ao perfil do autor e em publicações onde o autor se apresentava e relatava a sua história descrevendo muitas vezes as circunstâncias que o levou a ter lesão medular. Também foi observado que a maioria dos *blogs* foram: de nacionalidade brasileira (93,25%), uma vez que um dos critérios de inclusão amostral era a língua portuguesa, de autoria de homens (56,25%), criados a menos de cinco anos (81,25%) e estavam com conteúdo atualizado (81,25%), ou seja, havia publicações recentes postadas nos últimos 12 meses que antecederam a coleta de dados do presente estudo.

**Tabela 2** – Medidas descritivas dos *blogs* selecionados para o estudo. Fortaleza, 2017.

Variável quantitativa	N	%	Total	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
<b>Acessos aos <i>blogs</i>*</b>	8	50,0	6.705.218	42.643	838.152,3	325.222	2.331.619	914.291,3
<b>Publicações nos <i>blogs</i>**</b>	10	62,5	8289	80	828,9	454,5	3560	1049,4
<b>Publicações relacionados à temática sexualidade</b>	16	100	168	1	10,4	7	43	11,3
<b>Comentários das publicações relacionados à temática sexualidade</b>	16	100	32	0	2,0	0	9	3,1

Fonte: *Google*. Elaborado pela autora. N = número de *blogs* \*Informação disponível em 8 *blogs*; \*\* Informação disponível em 10 *blogs*.

A tabela 2 apresenta medidas descritivas do total de acessos, total de publicações, total de publicações relacionados à temática sexualidade, bem como o total de comentários presentes nestas publicações.

Todos os *blogs* em estudo apresentavam em média de 838.152 acessos até o momento da coleta de dados com o mínimo de 42.643 e o máximo de 2.331.619 acessos. Quanto ao número de publicações, foram feitos em média 828 postagens com um mínimo de 80 e o máximo de 3560. Já as publicações relacionadas à temática da sexualidade totalizaram 168 postagens e 32 comentários, sendo selecionados para análise qualitativa essas publicações e comentários com o objetivo de apreender os interesses e necessidades educacionais das pessoas com lesão medular acerca da temática da sexualidade (Tabela 2).

**Tabela 3** – Estatística descritiva dos conteúdos das publicações relacionadas à sexualidade. Fortaleza, 2017.

Variáveis	n	%	Média
<b>Sexo do autor</b>			
Feminino	78	46,40	11,14
Masculino	90	53,60	10,0
<b>Categorias dos conteúdos das publicações</b>			
Desconstruindo preconceitos, mitos e tabus sobre sexualidade e deficiência	72	42,90	
Sexualidade, função e atividade sexual, fertilidade e reprodução da pessoa com lesão medular	35	20,90	
Prazer, satisfação e assistência sexual à pessoa com deficiência	32	19,00	
Homossexualidade; fetiches; livros, debates e entrevistas sobre sexualidade e deficiência	29	17,20	
<b>Total</b>	168	100,00	

Fonte: *Google*. Elaborado pela autora.

Na tabela 3, observa-se que os homens geraram em quantitativo um maior número de conteúdos relacionados à temática da sexualidade, um total de 90 postagens (53,60%), no entanto, quando analisados a média destas postagens por sexo, observamos que as mulheres proporcionalmente geram mais conteúdo (média=11,14) do que os homens (média =10,0) (Tabela 3).

A análise dos conteúdos das publicações evidenciou seis categorias temáticas principais apresentadas na tabela 3 em ordem decrescente. Observa-se que as categorias “Desconstruindo preconceitos, mitos e tabus sobre sexualidade e deficiência” (42,90%), “Sexualidade da pessoa com lesão medular” (20,90%) e “Prazer, satisfação e assistência sexual à pessoa com deficiência” (19,00%) foram os temas mais debatidos entre os autores, juntas elas somam 139 publicações (82,80%) de um total de 168.

Esses dados revelam o interesse e a necessidade de afirmar a sexualidade da pessoa com deficiência, em especial das pessoas com lesão medular, mostrando que a deficiência não anula a sexualidade da pessoa e que existem formas de vivenciá-la de forma plena alcançando o prazer e a satisfação sexual tanto da pessoa com a deficiência quanto de seu parceiro (Tabela 3).

O quadro 7 corresponde as categorias temáticas relativas as publicações nos *blogs* avaliados, estes foram analisados nos aspectos sexualidade e função sexual da pessoa com LM.

**Quadro 7** – Categorias temáticas das publicações nos *blogs*. Fortaleza, 2017 (continua).

Subtemas	Títulos das publicações
<b>Temática: Desconstruindo preconceitos, mitos e tabus sobre sexualidade e deficiência</b>	
Sexualidade e deficiência esclarecimentos ao público em geral	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Sexualidade na deficiência: como se mudam as mentalidades”</li> <li>2. “Tabus sobre a sexualidade na deficiência”</li> <li>3. “A sexualidade na deficiência não é tabu”</li> <li>4. “Pessoas com deficiência vencem preconceito para amar”</li> <li>5. “Deficiência e sexualidade: um tabu que precisa ser quebrado”</li> <li>6. “Atitudes que favorecem a inclusão afetiva da pessoa com deficiência”</li> <li>7. “Deficientes encaram estigma do sexo”</li> <li>8. “Sedução, desejo, sexo, atração... os deficientes quebrando paradigmas”</li> <li>9. “Cadeirantes, amputados, pessoas com síndrome down, deficientes visuais. Eles têm (temos) vida sexual”</li> <li>10. “Para quem acha que cadeirante é assexuado”</li> <li>11. “10 mitos sobre sexualidade de cadeirantes”</li> <li>12. “A verdade sobre a sexualidade dos cadeirantes”</li> <li>13. “Saúde da pessoa com deficiência: direito à sexualidade”</li> <li>14. “Pessoas com deficiência x sexo”</li> <li>15. “A vida sexual das pessoas com deficiência”</li> <li>16. “O Jovem deficiente físico e sua sexualidade”</li> <li>17. “Sexo sobre rodas: a vida sexual com deficientes físicos”</li> <li>18. “Sexualidade dos cadeirantes”</li> <li>19. “A vida sexual do cadeirante”</li> <li>20. “Sexualidade adaptada”</li> <li>21. “Sexo e Deficiência, Combinação Imperfeita”</li> <li>22. “Sexo sobre rodas”</li> <li>23. “Mais sobre sexo”</li> <li>24. “Almas com sexo”</li> <li>25. “Quando o sexo supera limites”</li> <li>26. “Direito de amar e ser amado...”</li> <li>27. “Amor em dobro”</li> <li>28. “Desejo fora dos padrões”</li> <li>29. “<i>Ability &amp; Sex</i>: Sexo e deficiência”</li> <li>30. “Pessoas com deficiência têm direitos sexuais assegurados”</li> </ol>
Sexualidade esclarecimentos às pessoas com deficiência	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Desejos de renascer: Erotismo e deficiência”</li> <li>2. “Redescobrimo a SEXUALIDADE”</li> <li>3. “Cadeirantes contam como redescobrimo corpo para o sexo e a maternidade”</li> <li>4. “Sexo ninguém nasce sabendo - inclusive cadeirantes”</li> <li>5. “Sexualidade sobre rodas: Tem alguma dúvida? Mande pra gente!”</li> <li>6. “E agora?”</li> <li>7. “Pra quem pensou e ouviu que tu deixarias a desejar”;</li> <li>8. “5 Cadeirantes falam abertamente sobre vida sexual”(2)*</li> <li>9. “Não sinto calor, mas a libido continua”, conta cadeirante que perdeu os movimentos após acidente</li> <li>10. “Dilemas de uma cadeirante”</li> <li>11. “Namorar na cadeira? Mas é claro que sim!”</li> <li>12. “Sexo na cadeira”</li> <li>13. “Cadeirantes também mamam”</li> <li>14. “Cadeirante X SEXO?”</li> <li>15. “Cadeirante também faz sexo!!!”(2)*</li> <li>16. “Cadeirante sente prazer?”</li> <li>17. “Da cintura para baixo “funciona”?”</li> <li>18. “Nada funciona da cintura pra baixo”</li> <li>19. “Namorar depois da deficiência”</li> <li>20. “Cadeirante sente prazer?”</li> <li>21. “Cadeirante: Será possível?”</li> <li>22. “Sim, nós fodemos”</li> <li>23. “Eu também quero sexo”</li> <li>24. “Se preocupar menos, e viver mais!”</li> </ol>

**Quadro 7** – Categorias temáticas das publicações nos *blogs*. Fortaleza, 2017 (continuação).

Subtemas	Títulos das publicações
<b>Temática: Desconstruindo preconceitos, mitos e tabus sobre sexualidade e deficiência</b>	
Sexualidade esclarecimentos aos parceiros sexuais de pessoas com deficiência	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Relação sexual com cadeirantes: e agora?”</li> <li>2. “Um parceiro com deficiência física é normal. Assim cai o tabu sobre sexo e amor”</li> <li>3. “Acredito no amor: Me apaixonei pelo meu paciente tetraplégico!”</li> <li>4. “O amor entre casais com deficiência”</li> <li>5. “Cadeirante, tentante e parceiro (pai e parceiro)”</li> <li>6. “Sexo entre cadeirantes x andantes...”</li> <li>7. “Amor diferente: como lidar com a deficiência do companheiro”</li> </ol>
Sexualidade e sensualidade da mulher com deficiência	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Sexualidade das mulheres cadeirantes”</li> <li>2. “Bate papo sobre SEXO: Uma visão inclusiva-feminina sobre o assunto”</li> <li>3. “Paraplégica posa de lingerie para provar que deficientes também são sensuais”</li> <li>4. “Ensaio Sensual fica famoso por mostrar toda beleza de uma mulher que só no final mostra que ela é cadeirante!”</li> <li>5. “Projeto de ensaios sensuais empodera mulheres cadeirantes”</li> <li>6. “Ensaio fotográfico de mulher cadeirante surpreende como belo resultado”</li> <li>7. “Ensaio sensual de mulheres cadeirantes”</li> <li>8. “Mais poderosas - Fotos: Marcelo Martins”</li> <li>9. “A beleza”</li> </ol>
<b>Temática: Sexualidade da pessoa com lesão medular</b>	
Sexualidade e função sexual da pessoa com lesão medular	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Redescobrimo a sexualidade depois da lesão” (2)*</li> <li>2. “Sexualidade (depoimentos de pessoas com lesão medular)”</li> <li>3. “Sexualidade e Lesão Medular: o que queremos saber e temos receio de perguntar!” (3)*</li> <li>4. “Sexualidade e Lesão Medular”</li> <li>5. “Sexo e lesão medular”</li> <li>6. “A função sexual nas lesões medulares”</li> <li>7. “Sexo e Lesão Medular. E agora?”</li> <li>8. “A vida sexual em caso de lesão medular”</li> <li>9. “A reinvenção da sexualidade masculina na paraplegia adquirida”</li> <li>10. “Função Sexual e Fertilidade em Homens após Lesão Medular”</li> <li>11. “Função Sexual de um Homem após a Lesão Medular”</li> <li>12. “A sexualidade das mulheres com lesão medular da ficção à realidade”</li> </ol>
Fertilidade e reprodução da pessoa com lesão medular	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Saiba os riscos e cuidados de uma gestação em lesionadas medulares”</li> <li>2. “Gravidez em mulheres com lesão medular”</li> <li>3. “Mãe cadeirante revela tudo que passou, durante e depois, de sua gravidez”</li> <li>4. “Maternidade e deficiência - Relato de parto normal e Cesária”</li> <li>5. “Tetraplégica teve filha de parto normal”</li> <li>6. “Lei determina Governo do Distrito Federal a instruir sobre gravidez a mulheres paraplégicas e tetraplégicas.</li> <li>7. “Tetraplégico ao mergulhar em piscina supera medo e consegue ser pai”</li> <li>8. “Médico sueco conta como se tornou o primeiro tetraplégico a ter um filho”</li> <li>9. “1º tetraplégico no mundo a ser pai”</li> </ol>
Disfunção sexual da pessoa com lesão medular	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Estudo sobre a disfunção sexual de mulheres com lesão medular”</li> <li>2. “Sou cadeirante. Como isso afeta minha ereção e a ejaculação?”</li> <li>3. “Conheça Melhor a Ejaculação na Lesão Medular”</li> <li>4. “Ejaculação Retrógrada”(2)*</li> <li>5. “Conheça Melhor a Ejaculação na Lesão Medular”</li> </ol>
Reabilitação e educação sexual da pessoa com lesão medular	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Entenda a reabilitação sexual em paraplégicos e tetraplégicos”</li> <li>2. “Manual de orientação: Reeducação Sexual do lesado medular”</li> <li>3. “Cartilha que explica a sexualidade de pessoas que tiveram lesão medular”;</li> <li>4. “Reeducação Sexual do Homem Lesado Medular”</li> <li>5. “Sexualidade – terapia sexual do lesado medular”</li> </ol>

**Quadro 7** – Categorias temáticas das publicações nos *blogs*. Fortaleza, 2017 (continuação).

Subtemas	Títulos das publicações
<b>Temática: Prazer, satisfação e assistência sexual à pessoa com deficiência</b>	
Aspectos psicológicos e emocionais do prazer e satisfação sexual da pessoa com deficiência	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Amizade...amor...sexo...erotismo”</li> <li>2. “Benefícios do sexo para as pessoas com deficiência”</li> <li>3. “Benefícios do sexo para cadeirantes”</li> <li>4. “Na Minha Cadeira de Rodas ou na Tua? (3)*”</li> <li>5. “Sexo bom não precisa de penetração”</li> <li>6. “Confiança sexual”</li> <li>7. “10 dicas úteis na vida sexual em uma cadeira de rodas”</li> <li>8. “Fantasias sexuais: Todos podem realizar!”</li> </ol>
Aspectos físicos do prazer e satisfação sexual da pessoa com deficiência	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Tantra para pessoas com lesão medular”</li> <li>2. “Cadeira sutra - sexualidade ativa”</li> <li>3. “Posições sexuais indicadas para mulheres cadeirantes”</li> <li>4. “Posições sexuais para lesados medulares”(2)*”</li> <li>5. “Cadeira para cadeirante fazer sexo”</li> <li>6. “Posições Sexuais para mulheres Cadeirantes”</li> <li>7. “Posições...”</li> <li>8. “06 Brinquedos eróticos para mulheres cadeirantes!”</li> <li>9. “GPS do prazer para cadeirantes”</li> <li>10. “Cadeira do poder”</li> </ol>
Assistência sexual a pessoas com deficiência	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Grupo orienta pacientes tetraplégicos na redescoberta do prazer sexual”</li> <li>2. “Assistência sexual a personas com diversidade funcional: relato em primeira pessoa”</li> <li>3. “República Checa já tem assistentes sexuais para pessoas com deficiência”</li> <li>4. “Assistente sexual de pessoas com deficiência”</li> <li>5. “Masturbação gratuita para pessoas com deficiência”</li> <li>6. “Assistentes sexuais para pessoas com deficiência”</li> <li>7. “Na Alemanha, partido sugere sexo gratuito para pessoas com deficiência”</li> <li>8. “Como os países enxergam a questão da acompanhante sexual para pessoas com deficiência (PCDs)”</li> <li>9. “Curso para garotas de programa, que desejam “dar” prazer para deficientes físicos”</li> <li>10. “Associação fornece atendimento sexual a deficientes”</li> <li>11. “Assistente Sexual”</li> </ol>
<b>Temática: Temas complementares à sexualidade da pessoa com deficiência</b>	
Fetiche e deficiência	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Documentário sobre <i>devotees</i>: pessoas que se excitam sexualmente com pessoas com deficiência física”</li> <li>2. “Xplastic: Conheci pessoas com fetiche por deficientes”</li> <li>3. “Afinal quem são <i>devotees</i>?”</li> <li>4. “<i>Devotees</i>???”</li> </ol>
Sexualidade – livros, debates e entrevistas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Especialistas falam sobre sexualidade de deficientes”</li> <li>2. “Robert McRuer, professor: Deficientes não são vistos como pessoas que fazem sexo”</li> <li>3. “Sexualidade e afetos na deficiência por Anne Caroline Soares”</li> <li>4. “Livro: Sexualidade e Deficiência de Jorge Cardoso”</li> <li>5. “Livro sobre sexualidade e deficiência”</li> <li>6. “Josito’s Will. Tetraplégico ator pornô quebrando tabus sobre sexo e a deficiência”</li> <li>7. “Pornô para deficientes visuais, e Josito - ator pornô com deficiência física”</li> <li>8. “Jovem paraplégica faz relato inspirador sobre sexo”</li> <li>9. “Jovem paraplégica diz que é possível sentir prazer no sexo após acidente”</li> <li>10. “Documentário: “<i>Sex, Wheels and Relationships</i>”</li> <li>11. “Documentário: <i>Sex on Wheels</i> (Sexo sobre rodas)”</li> <li>12. “Proseando sobre sexualidade com Leandro Portella”</li> <li>13. “Amor e sexo, com e sem rodas em uma história sem...”</li> <li>14. “A história da miss bumbum que se apaixonou por um paraplégico”</li> <li>15. “Sexualidade na deficiência - Hong Kong quer debater assunto com Macau”</li> <li>16. “Acessibilidade em Motéis. Porque pessoas com deficiência também fazem sexo”</li> <li>17. “Dia dos namorados sem barreiras”</li> <li>18. “Cidade no Canadá vai sediar uma orgia para pessoas com deficiência”</li> <li>19. “‘Vitória’: especialistas explicam prazer sexual de personagem cadeirante”</li> <li>20. “Notícia triste”</li> </ol>

**Quadro 7** – Categorias temáticas das publicações nos *blogs*. Fortaleza, 2017 (conclusão).

Subtemas	Títulos das publicações
<b>Temática: Temas complementares à sexualidade da pessoa com deficiência</b>	
Homossexualidade e deficiência	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Deficiente e <i>Gay</i>”</li> <li>2. “<i>Gays</i> com deficiência: “As pessoas acham que a gente não faz sexo”</li> <li>3. “Deficiente e <i>gay</i>: entre o <i>coitadinho</i> e o <i>perversido</i>”</li> <li>4. “Pessoas com deficiência são uma delícia”, afirma militante LGBT”</li> <li>5. “Sou <i>gay</i>, tenho deficiência e agora?”</li> </ol>

Fonte: Google. Elaborado pela autora. \*Número de repetições da publicação.

A categoria temática “Desconstruindo preconceitos, mitos e tabus sobre sexualidade e deficiência” trata de temas que esclarecem as pessoas com deficiências (n=26), parceiros (n=7) e público em geral (n=30) que a sexualidade existe em qualquer ser humano independentemente de ter ou não uma deficiência. Também inclui temas sobre a sexualidade e sensualidade da mulher com deficiência (n=9) (Quadro 7).

A categoria temática “Sexualidade da pessoa com lesão medular” apresenta informações sobre sexualidade e função sexual (n=15); disfunção sexual (n=6); fertilidade e reprodução (n=9); e reabilitação e educação sexual (n=5) da pessoa com lesão medular. Essas publicações foram mais direcionadas às pessoas com lesão medular (Quadro 7).

A categoria temática “Prazer, satisfação e assistência sexual à pessoa com deficiência” trata dos aspectos psicológicos, emocionais (n= 10) e físicos (n= 11) do prazer e satisfação da pessoa com deficiência, com algumas publicações direcionadas especificamente para pessoas com lesão medular. E inclui ainda o tema da assistência sexual às pessoas com deficiências (n= 11) que são pessoas voluntárias, profissionais ou instituições que auxiliam os deficientes a exercerem a sua sexualidade, prática e atividade sexual com vista ao alcance do prazer e satisfação sexual (Quadro 7).

A última categoria temática “Temas complementares à sexualidade da pessoa com deficiência” apresenta temáticas diversas como: homossexualidade e deficiência (n= 5); fetiche e deficiência (n= 4) que explica que existem pessoas que sentem atração sexual pela deficiência; e a sexualidade da pessoa com deficiência discutida em livros, debates e entrevistas (n= 20) (Quadro 7).

A seguir são apresentados a análise dos dados qualitativos dos comentários e depoimentos selecionados nas publicações sobre sexualidade e lesão medular. Para a melhor compreensão dos resultados, serão apresentadas temáticas centrais identificadas nos comentários e depoimentos de acordo com as categorias estabelecidas no estudo. Assim, para melhor organização e entendimento, os resultados serão apresentados em quadros e a análise

de conteúdo do material permitiu identificar a presença de sete categorias temáticas: 1) “Mitos, tabus e preconceitos acerca da sexualidade da pessoa com lesão medular”; 2) “Desconhecimento e dúvidas sobre relacionamento sexual com pessoa com lesão medular”; 3) “Disfunção sexual de homens com lesão medular e tratamentos”; 4) “Relacionamento sexual”; 5) “Primeira relação sexual após a lesão medular”; 6) Prazer e satisfação após a lesão medular”; e 7) “Controle vesical e relação sexual da pessoa com lesão medular”.

O quadro 8 refere-se aos relatos e comentários nos *blogs* de acordo com as categorias temáticas.

**Quadro 8** – Categorias temáticas relativas aos comentários e os depoimentos sobre sexualidade e lesão medular dos *blogs* avaliados. Fortaleza, 2017 (continua).

Subtemas	Relatos
<b>Temática: mitos, tabus e preconceitos acerca da sexualidade da pessoa com lesão medular</b>	
Lesão medular e o mito da assexualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “As pessoas acham que por sermos cadeirantes não podemos ter uma vida sexual ativa.” (Comentário 3)</li> <li>• “Infelizmente as pessoas acham que cadeirante só é gente da cintura para cima e quando acham isso, mas somos gente em todos os sentidos até na cama (Risos).” (Comentário 23)</li> <li>• “Meu namorado é paraplégico há 4 anos e é tão engraçado como as pessoas toda vez que o apresento tentam sempre me perguntar - E a vida sexual como é? Isso me deixa muito triste.” (Comentário 1)</li> <li>• “O que me doeu foi ouvir uma conversa dentro do ônibus, passava um casal onde o namorado era cadeirante e a namorada andante. O casal do banco de atrás os viu e comentava: "shiii tadinha, não arrumou coisa melhor, deve estar com ele por pena, não vai durar porque ele não vai dar filhos a ela..." fiquei muito angustiada e triste por ouvir isso. Infelizmente as pessoas tendem a ser cruéis com o que não conhecem/desconhecem.” (Comentário 16)</li> <li>• “Que situação senhor... Eu não acredito que tetraplegia incompleta consiga ter uma vida sexual não. Estou passando... há 09 meses meu marido sofreu um acidente de moto teve lesão medular c6 e c7. Hoje ele não tem ereção. Aff ficar com uma pessoa por ficar, sem dar prazer prefiro não ficar. Desculpas mais acho que teve lesão medular não tem vida sexual ativa mais não. Nem sei que rumo tomo ainda em relação a sexo.” (Comentário 30)</li> <li>• “Muito triste você tem uma vida sexual ativa e do nada não tem mais... Triste e como é triste... na alegria e na tristeza... Na saúde e na doença aff... Que situação só quem está passando para saber. Vida sexual entre quem teve lesão medular não existe pessoal. Acabou viver de lembranças para alimentar os sentimentos e vontades. Triste... Triste... Triste... Triste... Triste. Sei e como sei... Vivendo a real situação.” (Comentário 31)</li> </ul>
Negação da sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Quanto a questão sexual falo com relativo conhecimento de causa. Sempre namorei não-deficientes mas outro dia me vi perdidamente apaixonada por um tetraplégico e foi exatamente como qualquer outra pessoa: tive desejos, emoções, mas infelizmente não aconteceu. Eu e o rapaz passávamos horas conversando, mas quando a coisa começou a "esquentar" o moço simplesmente se distanciou de mim. Para falar a verdade, me senti discriminada.” (Comentário 8)</li> <li>• “Eu nunca vivera tal coisa, nunca tive muito contato com deficientes, mas estava disposta a fazê-lo. Para minha tristeza é mais complicado do que se parece, a discriminação é bilateral e, no meu caso, eu fui a discriminada. Para alguns, somente dois tipos de pessoas podem ver sentimentos em tetraplégicos: os devotees e os oportunistas. Certamente não era meu caso.” (Comentário 8)</li> </ul>

**Quadro 8** – Categorias temáticas relativas aos comentários e os depoimentos sobre sexualidade e lesão medular dos *blogs* avaliados. Fortaleza, 2017 (continuação).

Subtemas	Relatos
<b>Temática: mitos, tabus e preconceitos acerca da sexualidade da pessoa com lesão medular</b>	
Negação da sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Sua história é muito bonita, que bom ter alguém que nos ame sem preconceito.”</i> (Relatos de uma mulher que diz que o marido desde que ele foi acometido pela lesão medular, há três anos, evita a relação sexual.” (Comentário 17)</li> <li>• <i>“Adorei a colocação de que as diferenças não matam sentimentos.”</i> (Comentário 2)</li> <li>• <i>“Somos humanos temos desejos, temos vontade e além de tudo somos capazes de amar e sermos amadas!!!”</i> (Comentário 3)</li> </ul>
Enfrentamento do preconceito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Cadeirante faz sexo? E como faz eu sou prova disso (risos...). Sou cadeirante, casada com um cadeirante, e nossa vida sexual vai muito bem obrigada.”</i> (Comentário 23)</li> <li>• <i>“Nunca parei para pensar que existe algo que seja diferente!”</i> (Companheira) (Comentário 1)</li> <li>• <i>“Gostaria que os deficientes repensassem sobre si e se entendessem como pessoas normais passíveis de serem amados, admirados e desejados independente da deficiência. O corpo é um mero instrumento, coadjuvante nisso tudo. Felicidade pessoal e SE PERMITAM!!!!”</i> (Comentário 8)</li> </ul>
Enfrentamento do preconceito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Acho importante que o lesado medular relate sua experiência. Mas vejo que o parceiro (a) também tem um papel importante nisso para quebrar os mitos na cabeça das pessoas. Acho importante que eles se pronunciem, não precisa contar detalhe, mas vamos dizer ao mundo que entre 4 paredes uma pessoa que tem algum tipo de limitação pode ser tão sexy, atraente e, digamos, vulcânica quanto outra qualquer.”</i> (Comentário 29)</li> </ul>
Deficiência e Homossexualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“A questão sexual jamais foi problema, sou bissexual e meu 3º livro aborda o assunto deficiência x homossexualismo.”</i> (Comentário 24)</li> </ul>
Dúvidas sobre com relacionar-se sexualmente com uma pessoa com lesão medular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Estava procurando um blog que falasse de namoro com cadeirantes e tal. E achei o seu. Adorei a história de vocês...tudo que você falou. Eu tenho um amigo...já ficamos quando ele caminhava. Ele sempre foi um amor. Agora depois de um tempo que aconteceu isso com ele (lesão medular) voltamos a nos falar e estamos ficando. Estamos cada vez mais envolvidos, mas estou com medo de quando chegar a hora do sexo. Não sei o que faço.... Adoooro ele...quero ficar do lado dele para sempre. Alguém pode me falar alguma coisa?”</i> (Comentário 21)</li> <li>• <i>“Eu estou me apaixonando por um rapaz tetraplégico. Tem sido desafiador porque mexe muito com inúmeras questões dentre elas, o medo de não conseguir superar os desafios relacionados ao sexo, sexualidade, dependência porque é preciso estar aberta ao novo tenho muito medo de magoá-lo e de repente agir com a emoção esquecendo da razão. Ele é fantástico, lindo, carinhoso, inteligente quando estamos juntos sinto algo especial diferente de qualquer tipo de sentimento vivenciado antes. Ternura, vontade de protegê-lo, cuidar, conhecer esse mundo novo, me permitir. Adoro seus beijos, cheiro, personalidade... Gostaria de ter acesso a mais informações tenho lido alguns textos através da internet por favor, me dar umas dicas de livros ou onde posso encontrar textos falando sobre diversos assuntos inclusive as limitações. Forte abraço.”</i> (Comentário 22)</li> <li>• <i>“Gente, desculpa, por favor me ajudem, mas realmente não sei. Estou "namorando" um cadeirante. Não me importo com isso de forma alguma. Mas ainda não chegamos ao "sexo" (faz pouco tempo que estamos juntos e moramos em cidades diferentes). Queria perguntar a ele algumas coisas, mas não tenho ainda coragem para isso, tenho medo que ele se ofenda... me digam, ele não sentirá prazer no sexo?? Ou eu não entendi direito a matéria???”</i> (Comentário 26)</li> <li>• <i>“Oi estou namorando um cadeirante e eu não sei se ele vai poder fazer sexo. Um homem cadeirante pode ter uma vida normal?”</i> (Comentário 27)</li> </ul>

**Quadro 8** – Categorias temáticas relativas aos comentários e os depoimentos sobre sexualidade e lesão medular dos *blogs* avaliados. Fortaleza, 2017 (continuação).

Subtemas	Relatos
<b>Temática: desconhecimento e dúvidas sobre relacionamento sexual com pessoa com lesão medular</b>	
Dúvidas sobre com relacionar-se sexualmente com uma pessoa com lesão medular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Bom tenho uma enorme dúvida em relação a: como uma cadeirante por lesão medular, que não tem controle das suas necessidades fisiológicas faz para manter uma vida social normal como trabalha, estudar e principalmente na relação sexual existe algum remédio ou método para que não aconteça nenhuma "tragédia" na hora H ???” (Comentário 28)</li> <li>• “Tenho uma dúvida. Pessoas com deficiências tem mais dificuldades, em geral, de conseguir um companheiro. Caso o paciente não tenha parceiro, há prostitutas especializadas na adaptação do deficiente? ” (Comentário 10)</li> <li>• “Obrigada, pois através do seu blog estou conhecendo melhor as limitações do meu amor e assim posso ajudá-lo mais a transpor tais limites e motivá-lo a ser cada dia mais realizado e feliz!” (Comentário 7)</li> </ul>
Interesse de companheiras em melhorar o relacionamento sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Estou me relacionando com uma pessoa tetraplégica. Ele está sempre preocupado com o que me faz sentir prazer, do que eu gosto, o que me excita, no entanto, nunca me fala nada dele. Li algumas coisas sobre como essas pessoas sentem algum tipo de prazer, mas as informações são muito vagas. Será que você pode me esclarecer algumas dúvidas?” (Comentário 11)</li> </ul>
Interesse de companheiras em melhorar o relacionamento sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Olá! Sou esposa de cadeirante, meu marido sofreu um acidente de moto há 3 anos e eu o amo tanto que não saberia viver sem ele, porém tenho um grave problema não consigo ter intimidade com ele mais e sei que ele sofre muito com isso até agora não sei o que acontece com a gente ele já esteve na “Reabilitação” mas não teve nem uma explicação sobre isso. Ele tem 36 anos e eu gostaria muito que nos fossemos feliz plenamente e sexualmente. E gostaria que tudo fosse diferente, mas até agora nada.” (Comentário 17)</li> <li>• “Amei a sua história! Eu namoro há 1 ano um cadeirante também!! Estou muito satisfeita e feliz. Em questão do sexo ainda fica um pouco complicada para nós porque ele precisa de remédio!! A lesão dele é t11 e t12, ai fica mais complicado!! Mas tenho Fé em Deus que um dia vamos resolver esse pequeno detalhe” (Comentário 19)</li> </ul>
<b>Temática: relacionamento afetivo sexual</b>	
Relacionamento afetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Não acredito que a ocorrência de um acontecimento dessa magnitude (lesão medular) possa afastar um casal. Na verdade, essas situações só fazem vir à tona problemas de relacionamento já existentes. Tenho notícias de casais que só se aproximaram após o acidente.” (Comentário 8)</li> <li>• “Eu estou apaixonada por cadeirante e não tenho vergonha de dizer isso a ninguém nós amamos e em breve vamos nós casar tenho certeza que foi minha melhor escolha.” (Comentário 14)</li> <li>• “Eu sou casada com cadeirante, éramos noivos a 5(cinco) anos e casamos 1(um) ano depois do acidente e já faz 6(seis) anos que estamos casados, eu em nenhum momento o abandonei e não me arrependo por isso, temos limitação mais somos muitos felizes, ele nunca me pediu para deixá-lo, pois acreditava no meu amor e que nunca iria abandoná-lo, daria minha vida por ele, eu o amo muito.” (Comentário 14)</li> </ul>
Satisfação sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Somos novos ambos temos 23 anos e a melhor sensação é de cada conquista juntos. Ele me completa e me SATISFAZ muito. E temos uma vida sexual mais que ativa inventamos e realizamos todas as fantasias que temos. ” (Comentário 1)</li> <li>• “As dificuldades não nos impedem de namorar e termos a nossa vida sexual ativa. Quem ama cuida e vivi a vida do outro com prazer.” (Comentário 15)</li> </ul>

**Quadro 8** – Categorias temáticas relativas aos comentários e os depoimentos sobre sexualidade e lesão medular dos *blogs* avaliados. Fortaleza, 2017 (continuação).

Subtemas	Relatos
<b>Temática: relacionamento afetivo sexual</b>	
Satisfação sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Então, isso (satisfação sexual) depende muito da cumplicidade do casal e ter paciência porque temos que compreender que para eles não é fácil. Temos uma relação ótima. Não estou falando só pelo sexo, mas pela parceria que temos um com outro. Pois o essencial é o amor que temos um pelo outro. Espero que esse meu relato ajude alguém que está passando por um momento difícil na relação. É só um pouquinho de paciência e amor tudo se resolve.” (Comentário 32)</li> </ul>
Companheiras relatam maior satisfação sexual com homens com lesão medular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Oi também vivi um lindo amor com um cadeirante...foi 3 anos de um amor lindo... (até o companheiro falecer) ...o seu amor ficou guardado a sete chaves dentro do meu coração. Detalhe fui casada 18 anos com um andante que não me realizou como mulher como meu cadeirante como ele gostava de ser chamado. Observação: vocês (cadeirantes) sabem como tratar uma mulher na hora do sexo, a sua namorada é uma mulher de sorte.” (Comentário 18)</li> <li>• “Oi gente!!! Conheci um cadeirante lindo, charmoso, batalhador, tudo de bom!!!! Já namoramos há 5 meses e estamos noivos, logo vamos nos casar. Somos muito felizes... Nossa vida sexual é muito boa, e realmente ele me satisfaz muito mais do que meus ex-namorados andantes.” (Comentário 20)</li> <li>• “Gente eu namoro há alguns meses e meu namorado que é o amor dá minha vida, me satisfaz muito bem. Ele é tetraplégico e tem ereções sem precisar de remédios para ajudar no ato sexual. Sim ele me satisfaz e até mesmo melhor do que um “ex” que tive.” (Comentário 32)</li> </ul>
<b>Temática: disfunção sexual de homens com lesão medular e tratamentos.</b>	
Dúvidas sobre ereção e ejaculação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Tenho 19 anos, sou tetra t4 - t5 há 1 ano e 3 meses, eu gostaria de saber se eu consigo ter algum tipo de relação sexual. Meu pênis fica duro se eu estimular, mas não sei se consigo ejacular. Por favor me tira essa dúvida” (Comentário 5)</li> <li>• “Oi! Me chamo ---, tenho 23 anos e há 3 anos iniciei minha vida sexual, só que desde então nunca consegui ejacular na “hora H”, para falar a verdade nem na masturbação, só algumas vezes muito raras. No começo eu não tinha nem mesmo uma ereção satisfatória, daí então fui no urologista e ele recomendou Sildenafil 50 mg, a partir daí melhorou a parte de ereção, porém ainda não consegui melhoras na parte de ejaculação. Me sinto muito mal por isso e queria saber se você pode me ajudar com relação a isso, já pensei em tentar aumentar a dose de Sildenafil ou até mesmo outros remédios do tipo Ciales e Levitra para ver se com isso consigo ejacular. O que você me recomendaria ou aconselharia pois não sei mais o que fazer.” (Comentário 6)</li> </ul>
<b>Temática: disfunção sexual de homens com lesão medular e tratamentos.</b>	
Dúvidas sobre ereção e ejaculação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Eu sou paraplégico há 20 anos, e a minha lesão é d12, falaram-me que os comprimidos Viagra, Cialis e outros não conseguem fazer efeito, porque a lesão é baixa, por isso disseram para utilizar um novo produto, Vitaros. Gostaria de saber quem tem a lesão igual a minha se já experimentaram ou o que fazem para ter ereção?” (Comentário 13)</li> <li>• “Ele é tetraplégico e tem ereções sem precisar de remédios para ajudar no ato sexual.” (Comentário 32)</li> </ul>
Disreflexia autonômica e relação sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Eu sou tetra c5-c6, tenho 30 anos, consigo ejacular mais depois da ejaculação sinto uma dorzinha chata, percebo que é por causa do aumento da pressão etc”. (Comentário 2)</li> </ul>

**Quadro 8** – Categorias temáticas relativas aos comentários e os depoimentos sobre sexualidade e lesão medular dos *blogs* avaliados. Fortaleza, 2017 (continuação).

Subtemas	Relatos
<b>Temática: disfunção sexual de homens com lesão medular e tratamentos.</b>	
Fertilidade masculina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Sou tetra, há 23 anos, tive uma filha após o acidente e relato minha história em um livro.” (Comentário 24)</li> <li>• “Depois de três anos ele começou a ejacular novamente foi a melhor coisa que aconteceu para nós, vamos casar e temos planos de ter filhos” (Comentário 1)</li> <li>• “Eu namoro um cadeirante, e amo muito ele, e com toda a certeza eu penso em ter filhos com ele é um sonho nosso. Queria saber se há como eu engravidar sem inseminação artificial. Porque ele tem ereção e não é preciso de nenhum aparelho e também tem ejaculação, o médico dele disse que ele é um dos poucos que consegue manter a ereção e ejacular sem a ajuda de aparelhos, mas não soube me explicar se é possível que ele possa me engravidar sem a inseminação.” (Comentário 25)</li> </ul>
Acompanhamento psicológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Eu conheço a ProfDra. _____ (psicóloga) porque foi ela que me ajudou nas questões da sexualidade pois nenhum médico nunca me informou em momento nenhum. Por isso me interessei pelo trabalho dela e pela preocupação que ela manifesta com esses nossos problemas e dúvidas. Eramos muitos no grupo de intervenção e foi muito bom para todos acredite!... É importante divulgar sim porque 99,9% não sabe que existem alternativas ao Viagra e Cialis. Os que estão internados no hospital (Instituição em Portugal) dela é que levam vantagem.” (Comentário 9)</li> </ul>
<b>Temática: Primeira relação sexual após a lesão medular</b>	
Experiências Positivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Minha primeira vez foi bem interessante depois da lesão. Eu estava internada fazendo tratamento no Hospital de Reabilitação e tive aulas de sexo. Quando sai para passar o final de semana fora do Hospital de Reabilitação, fui praticar. Meu parceiro foi uma pessoa bem atenciosa eu expliquei e rolou. Ele se surpreendeu, pois disse que jamais pensava que eu era aquela mulher toda na cama. Enfim no início fiquei um pouco tensa depois relaxou.” (Depoimento 6- Tetraplégica)</li> <li>• “Foi melhor o que eu esperava! Com um cara que já conhecia e me senti bem à vontade.” (Depoimento 7- Paraplégica)</li> <li>• “Minha primeira vez foi um tanto interessante, fiquei super curioso para saber até onde eu poderia chegar. Não tive tantos problemas na questão de medo e ansiedade, pois eu namorava antes da lesão e continuei com o mesmo namoro depois da lesão, minha parceira de cara já me deixou tranquilo, porque nos conhecíamos muito bem um ao outro. Com esses fatores me favorecendo eu estava certo que nada pudesse da onde eu poderia chegar. Não tive tantos problemas na questão de medo e ansiedade, pois eu namorava antes da lesão e continuei com o mesmo namoro depois da lesão, minha parceira de cara já me deixou tranquilo, porque nos conhecíamos muito bem um ao outro. Com esses fatores me favorecendo eu estava certo que nada pudesse da errada, mais não foi tão perfeito, porque logo de cara você se vê em uma situação um pouco delicada. Claro, antes poderia fazer de todas as formas e posições e com o andamento da primeira relação vi que tinha mudado bastante as coisas, então ao fim dessa primeira experiência eu não fiquei satisfeito. Do meio para o fim tive problemas de ereção por conta da situação que me passou pela cabeça naquele momento e como qualquer coisa nova em teste, fui testado e vi que tudo era questão de tempo e de aprendizado.” (Depoimento 11- Tetraplégico)</li> </ul>
Experiências Negativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Foi horrível minha primeira vez! (Risos) Estava insegura, com medo e vergonha. Mas até que rolou, porque minha preocupação era se eu ainda podia ter vida sexual. E vi que mesmo assim na cadeira eu ainda era uma mulher, com os mesmos desejos e vontades.” (Depoimento 1 - Paraplégica)</li> <li>• “Minha primeira vez depois da lesão não foi boa, pois quis fazer para experimentar! Foi uma curiosidade. Acho que foi igual quando a mulher faz por fazer e não sente nada, pois nem preliminares eu tive. Tipo colocou lá e pronto!” (Depoimento 2- Paraplégica)</li> </ul>

**Quadro 8** – Categorias temáticas relativas aos comentários e os depoimentos sobre sexualidade e lesão medular dos *blogs* avaliados. Fortaleza, 2017 (continuação).

Subtemas	Relatos
<b>Temática: Primeira relação sexual após a lesão medular</b>	
Experiências Negativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Minha primeira vez depois da lesão foi estranha. Diferente! Não reagi bem, foi desconfortante. Ele agiu normalmente, como se nada tivesse mudado.”</i> (Depoimento 4- Paraplégica)</li> <li>• <i>“A minha primeira vez pós-lesão aconteceu dois anos depois. Estava um pouco apreensiva, mesmo assim foi legal, mesmo não sentindo muita sensibilidade. Depois de algumas vezes ficou melhor, muito melhor (Risos).”</i> (Depoimento 8- Paraplégica)</li> <li>• <i>“Minha primeira vez depois da lesão eu estava muito insegura. Não consegui relaxar direito, estava com medo, pois era tudo diferente.”</i> (Depoimento 9- Paraplégica)</li> <li>• <i>“A minha primeira vez depois da lesão foi constrangedora, porque estava muito tímida.”</i> (Depoimento 10- Paraplégica)</li> </ul>
<b>Temática: prazer e satisfação após a lesão medular</b>	
Buscar conhecer o próprio corpo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Ganhei e aprendi a conhecer outros pontos que também dão prazer.”</i> (Depoimento 1- Paraplégica)</li> <li>• <i>“Eu sinto a parte íntima desde quando saí do hospital, mesmo sendo tetraplégica.”</i> (Depoimento 3- Tetraplégica)</li> <li>• <i>“Com o tempo fui descobrindo novos prazeres e posições que eu conseguia realizar.”</i> (Depoimento 8- Paraplégica)</li> <li>• <i>“Com o passar do tempo fui aprendendo onde e como poderia melhorar nossas relações sexuais, fui ganhando mais sensibilidade, confiança e assim descobrindo o ponto do prazer. O segredo é se conhecer, saber onde te faz sentir mais tesão, onde e como você se sente mais satisfeito. Para eu ter uma vida sexual ativa, isso foi essencial.”</i> (Depoimento 11- Tetraplégico)</li> </ul>
Carícias preliminares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Com um tempo aprendi que eu precisava ser tocada, ser seduzida, que o meu corpo agora agiria diferente! Se não tiver toque, paciência em me seduzir, não vou sentir tesão.”</i> (Depoimento 2- Paraplégica)</li> </ul>
Alteração da Sensibilidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Com o passar do tempo fui ganhando mais sensibilidade”</i> (Depoimento 11- Tetraplégico)</li> <li>• <i>“Minha sensibilidade mudou, não é como antes. Mas não é uma coisa de outro mundo. Sinto prazer, não como antes, mas sinto.”</i> (Depoimento 4- Paraplégica)</li> <li>• <i>“Minha lesão é incompleta, mudou, mas ainda tenho sensibilidade.”</i> (Depoimento 1- Paraplégica)</li> <li>• <i>“Não senti o orgasmo de antes... eu não tenho sensibilidade nas minhas partes íntimas. Mudou e muito, mas eu trabalho o meu psicológico”</i> (Depoimento 6- Tetraplégica)</li> <li>• <i>“A minha sensibilidade é boa! Sinto tudo, só preciso de algumas adaptações.”</i> (Depoimento 8- Paraplégica)</li> <li>• <i>“Minha sensibilidade é toda bagunçada. Tem lugares que sinto outros não. Tem lugares que se apertar eu sinto...outros não!”</i> (Depoimento 9- Paraplégica)</li> <li>• <i>“Minha sensibilidade é pouca. Só não gosto que toque na minha perna, gosto que me toquem onde eu sinto, onde tenho sensibilidade.”</i> (Depoimento 10- Paraplégica)</li> <li>• <i>“Minha sensibilidade é muito boa, tive uma grande melhora nessa parte, principalmente nas partes íntimas.”</i> (Depoimento 11- Tetraplégico)</li> </ul>

**Quadro 8** – Categorias temáticas relativas aos comentários e os depoimentos sobre sexualidade e lesão medular dos *blogs* avaliados. Fortaleza, 2017 (continuação).

Subtemas	Relatos
<b>Temática: prazer e satisfação após a lesão medular</b>	
Intimidade com o parceiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Conversei com meu namorado e um foi conhecendo o corpo do outro! Digamos que depois de 2 (dois) anos de lesão, tive minha primeira relação sexual “normalmente” e prazerosa. Ele fez com que eu desejasse e sentisse prazer e vontade de ter ele por inteiro. Só digo uma coisa, tudo está na pegada! Se não tiver toque, paciência em me seduzir, não vou sentir tesão.”</i> (Depoimento 2- Paraplégica)</li> <li>• <i>“Meu ex-namorado era bem companheiro e fizemos muitas loucuras juntos.”</i> (Depoimento 8- Paraplégica)</li> <li>• <i>“Como eu disse, mais por conta de ter relações com uma pessoa que eu já tinha relações, isso me faz dizer que não mudou muito.”</i> (Depoimento 11- Tetraplégico)</li> </ul>
Barreiras ao prazer e à satisfação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Meus medos eram: Será que dou prazer a ele? Será que vou sentir? Ou será que vou fazer xixi aqui?”</i> (Depoimento 3- Tetraplégica)</li> <li>• <i>“E outra à minha maior fantasia depois da lesão é voltar a transar em pé (risos).”</i> (Depoimento 11- Tetraplégico)</li> <li>• <i>“Tive vários desconfortos. Dor nas costas, pés inchados”</i>(Depoimento 9 - Paraplégica)</li> </ul>
Disreflexia autonômica e relação sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Desconforto só tem quando faço uma posição que meu corpo rejeita me dando disreflexia (arrepio no meu corpo ou meu rosto esquenta) procuro fazer outra posição e tudo fica tranquilo.”</i> (Depoimento 6- Tetraplégica)</li> </ul>
Sentir prazer ao dar prazer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Mas a melhor fantasia é sentir prazer e dar prazer.”</i> (Depoimento 3- Tetraplégica)</li> <li>• <i>“Meu prazer maior é ver meu parceiro sentindo prazer.”</i> (Depoimento 6- Tetraplégica)</li> <li>• <i>“Realizei uma fantasia, fazendo sexo oral em um garoto. Adorei!”</i> (Depoimento 10- Paraplégica)</li> <li>• <i>“Estou muito bem nessa parte, sinto que minha namorada, hoje esposa é satisfeita e isso é a minha maior vitória, satisfazer quem você ama é maravilhoso.”</i> (Depoimento 11- Tetraplégico)</li> </ul>
Reafirmação da sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Só o fato de estar mantendo relação sexual, eu me senti mais mulher. Até porque eu pensava que nunca iria manter essa vida ativa com a lesão.”</i> (Depoimento 6- Tetraplégica)</li> <li>• <i>“Para mim, foi uma recompensa, percebi que meu corpo funcionava normalmente. Até que procurei médicos e procurei saber se poderia ser mãe, e sim! Posso ser mamãe normalmente. Agora o cuidado é redobrado, para não ser mãe agora!”</i> (Depoimento 2- Paraplégica)</li> <li>• <i>“Hoje temos uma relação sexual normal, hoje consigo ter ejaculação que é um ponto muito bom, pois desde a primeira ejaculação após lesão me senti mais homem, mais seguro, e confiante. E dentro dessa relação amorosa, foi gerada uma criança, minha esposa está grávida de dois meses e com fé em Deus realizarei mais esse sonho.”</i> (Depoimento 11- Tetraplégico)</li> </ul>
Fatores Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Acho que tudo está no nosso cérebro, pensamentos ajudam muito!”</i> (Depoimento 2- Paraplégica)</li> <li>• <i>“Mudou e muito, mas eu trabalho o meu psicológico. Depois da lesão só mantenho sexo olhando os movimentos, eu sempre digo que eu trabalho o meu psicogênico para chegar até uma sensação gostosa.”</i> (Depoimento 6- Tetraplégica)</li> <li>• <i>“Mudou totalmente minha vida, até a forma de viver e ver a vida. Amadureci muito, aprendi a ter fé e acreditar em meu potencial.”</i> (Depoimento 9- Paraplégica)</li> </ul>
Reabilitação sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Quando fui chamada para ser paciente do Hospital de Reabilitação, lá tive aulas que eu poderia ter vontade e sentir prazer.”</i> (Depoimento 2- Paraplégica)</li> <li>• <i>“Minha primeira vez foi bem interessante depois da lesão. Eu estava internada fazendo tratamento no Hospital de Reabilitação e tive aulas de sexo. Quando sai para passar o final de semana fora do Hospital de Reabilitação, fui praticar. Meu parceiro foi uma pessoa bem atenciosa eu expliquei e rolou.”</i> (Depoimento 6- Tetraplégica)</li> </ul>

**Quadro 8** – Categorias temáticas relativas aos comentários e os depoimentos sobre sexualidade e lesão medular dos *blogs* avaliados. Fortaleza, 2017 (conclusão).

Subtemas	Relatos
<b>Temática: controle vesical e relação sexual</b>	
Perda urinária durante a relação sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Até hoje não tive nenhum incidente com xixi, sempre cuidei com que isso não acontecesse.” (Depoimento 2- Paraplégica)</li> <li>• “Aconteceu o incidente de não passar a sonda e durante a relação sexual pingar o xixi. (O que é normal, se não passar sonda!).” (Depoimento 4- Paraplégica)</li> <li>• “Já fiz xixi na hora do sexo, mas graças a Deus o meu parceiro foi bem legal e continuamos como se nada tivesse acontecido.” (Depoimento 6- Tetraplégica)</li> <li>• “Eu não uso sonda, então só fiz xixi normal e foi... Na primeira vez não tive incidente, mas uma vez fiz xixi em cima do meu ex-namorado (Risos)” (Depoimento 8- Paraplégica)</li> <li>• “Perdia xixi durante o sexo, mesmo fazendo o cateterismo antes.” (Depoimento 9- Paraplégica)</li> <li>• “Já vazou xixi, só não percebeu porque estava de costas para ele e não deu para perceber. (Risos). E se caso ele visse, eu não me envergonharia não. Eu tiraria tipo como se fosse à brincadeira, eu não sou mais tímida como era no começo.” (Depoimento 10- Paraplégica)</li> <li>• “Ainda não tive nenhum incidente na hora da relação, sempre porque estou me prevenindo antes “do pega pra capar” (Risos).” (Depoimento 11- Tetraplégico)</li> </ul>
Quem realiza o cateterismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Eu sempre faço o cateterismo antes, por sentir mais segurança.” (Depoimento 11- Tetraplégico)</li> <li>• “Eu mesma passo a sonda, mas já tive incidente antes da relação sexual (perca de urina).” (Depoimento 7- Paraplégica)</li> <li>• “Passo a sonda para fazer xixi, mas no começo aconteceu de perder xixi e não mais.” (Depoimento 1- Paraplégica)</li> <li>• “Eu aprendi a passar sonda no Hospital de Reabilitação. Sempre passei sozinha, mas com espelho. Sem o espelho não consigo.” (Depoimento 9- Paraplégica)</li> <li>• “Existem motéis muito perto de minha casa, daí passo sonda em casa mesmo, mas já conversei com ele, quero que ele passe em mim e claro ele ficou muito interessado.” (Depoimento 3- Tetraplégica)</li> <li>• “Eu sempre preciso de ajuda para passar a sonda, quando é a primeira vez da relação sexual eu faço de tudo para alguém mais íntimo (mãe, irmã, amiga) passar a sonda. Depois eu explico que faço tratamento da bexiga (bexiga neurogênica) e ensino meu parceiro a fazer o cateterismo.” (Depoimento 6- Tetraplégica)</li> </ul>
Ingestão de líquidos antes da relação sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Perder xixi... só se eu beber muito e não passar a sonda.” (Depoimento 1- Paraplégica)</li> <li>• “Sempre que vou ter relação evito beber muita água.” (Depoimento 11- Tetraplégico)</li> </ul>
Esclarecer o parceiro sobre a possibilidade de perda urinária	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Mas converso com meus parceiros abertamente sobre isso (risco de perda urinária), pois se acontecer eles não vão se assustar né?! Tudo está na conversa, abrir o jogo!” (Depoimento 2- Paraplégica)</li> <li>• “Eu explico que faço tratamento da bexiga (bexiga neurogênica) e ensino meu parceiro a fazer o cateterismo.” (Depoimento 6- Tetraplégica)</li> </ul>
Relação sexual pode provocar perda urinária	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “E também aprendi que o ato sexual iria estimular fazer xixi e na hora da relação eu poderia fazer (pingar o xixi) caso eu não passasse a sonda (cateterismo)” (Depoimento 2- Paraplégica)</li> <li>• “Com a bexiga vazia sinto mais prazer na hora do sexo.” (Depoimento 11- Tetraplégico)</li> </ul>

Fonte: Google. Elaborado pela autora.

## **5.2 Resultados da revisão integrativa do conteúdo da cartilha educativa**

Para melhor compreensão, os resultados da revisão integrativa do conteúdo da cartilha educativa foram expostos em quadro que apresenta: autores, ano de publicação, formação acadêmica dos autores ou instituição de atuação profissional, nome do periódico, país de publicação, título do artigo, objetivos do estudo, tipo de estudo ou método, público-alvo e nível de evidência (Quadro 9).

**Quadro 9** – Distribuição dos artigos selecionados para a revisão integrativa sobre sexualidade da pessoa com lesão medular (continua).

Nº	Autores /Ano	Formação dos autores/ Instituição	Periódico/País de Publicação	Título do Artigo	Objetivos do Estudo	Tipo de Estudo/Método	Público-alvo	Nível de evidência
1	OLIVEIRA, S. <i>et al.</i> (2016)	Medicina/ Hospital Universitário	<i>ACTA Urológica Portuguesa/ Portugal</i>	Eficácia da vibroestimulação peniana após lesão vertebro medular	Divulgar a utilização da vibroestimulação peniana em homens com disfunção ejaculatória após lesão vertebro medular, avaliar as intercorrências que possam surgir com este método e averiguar se a qualidade seminal é adequada para fertilização.	Estudo de caso clínico	Homens com LM** (n=3)	VI
2	AKMAN, R. Y; CELIK, E. C; KARATAS, M. (2015)	Medicina/ Universidade	<i>Turkish Journal of Medical Sciences/ Turquia</i>	<i>Sexuality and sexual dysfunction in spinal cord-injured men in Turkey</i>	Fornecer uma avaliação abrangente da função sexual e disfunção em homens com lesão medular com base em auto-relatos de pacientes.	Estudo exploratório descritivo	Homens com LM (n=47)	VI
3	CRAMP, J. D.; COURTOIS, F. J.; DITOR, D. S. (2014)	Medicina/ Universidade	<i>Journal of Sex &amp; Marital Therapy/ Canadá</i>	<i>Sexuality for Women With Spinal Cord Injury</i>	Fornecer uma visão geral da literatura atual (1990-2011) sobre a sexualidade das mulheres após lesão medular com destaque para o efeito da incontinência urinária sobre a sexualidade.	Revisão sistemática	Não se aplica.	VI
4	ALBRIGHT, T. H. <i>et al.</i> (2015)	Medicina/ Universidade	<i>Orthopedic Reviews/ Estados Unidos</i>	<i>Sexual and reproductive function in spinal cord injury and spinal surgery patients</i>	Fornecer uma concisa revisão baseada em evidências sobre o impacto que a cirurgia da coluna e a patologia podem ter sobre a sexualidade e função reprodutiva.	Revisão de literatura	Não se aplica.	V
5	CELIK, E. C. <i>et al.</i> (2014)	Medicina/ Universidade	<i>Spinal Cord/ Turquia</i>	<i>Sexual problems of women with spinal cord injury in Turkey</i>	Identificar os problemas sexuais das mulheres com lesão medular e determinar seu nível de conhecimento sobre a sexualidade.	Estudo exploratório descritivo	Mulheres com LM (n=26)	VI
6	TORRECILHA, L. A. <i>et al.</i> (2014)	Fisioterapia/ Hospital Universitário	Fisioterapia em Movimento/ Brasil	O perfil da sexualidade em homens com lesão medular	Conhecer e descrever o perfil da sexualidade de homens com lesão medular, comparando os períodos pré e pós-lesão.	Estudo transversal quantitativo	Homens com LM (n=36)	VI
7	TORRIANI, S. B. <i>et al.</i> , (2014)	Enfermagem/ Universidade	<i>Journal of Biomedical Science and Engineering/ Brasil</i>	<i>Sexuality of People with Spinal Cord Injury: Knowledge, Difficulties and Adaptation</i>	Compreender a atividade sexual antes e depois da lesão medular, as dificuldades e os ajustes feitos por essas pessoas em relação à sua sexualidade.	Estudo qualitativo	Pessoas com LM (n=14)	VI

**Quadro 9** – Distribuição dos artigos selecionados para a revisão integrativa sobre sexualidade da pessoa com lesão medular (continuação).

Nº	Autores /Ano	Formação dos autores/ Instituição	Periódico/País de Publicação	Título do Artigo	Objetivos do Estudo	Tipo de Estudo/Método	Público-alvo	Nível de evidência
8	KHAK M. <i>et al.</i> , (2014)	Medicina/ Universidade	<i>American Journal of Men's Health/ Iran</i>	<i>Evaluation of Sexual Function and Its Contributing Factors in Men With Spinal Cord Injury Using a Self-Administered Questionnaire</i>	Este estudo foi conduzido para estabelecer uma compreensão da gravidade da disfunção erétil (ED), um dos principais componentes da atividade sexual masculina e seus correlatos em pacientes com lesão medular em nossa comunidade.	Estudo transversal quantitativo	Homens com LM (n=37)	VI
9	CAVALCANTE, K. M. H.; CARVALHO, Z. M. F.; GARCIA, F. M. P. (2013)	Enfermagem/ Universidade	Revista de Enfermagem da UFSM/ Brasil	Diagnósticos de enfermagem aplicáveis a pessoas com paraplegia em fase inicial de reabilitação domiciliar	Identificar e discutir diagnósticos de enfermagem aplicáveis a pessoas com paraplegia em fase inicial de reabilitação domiciliar baseado na taxonomia da NANDA-I.	Estudo qualitativo	Pessoas com LM (n=3)	VI
10	COBO-CUENCA, A. I.; MARTÍN-ESPINOSA, N. M.; CAMPOS, R. M. P. (2013)	Enfermagem/ Universidade	<i>Enfermería Clínica/ Espanha</i>	<i>Cuidados enfermeros en el varón con lesión medular y disfunción Sexual</i>	Propor um plano de cuidados de enfermagem voltado à disfunção sexual de um homem com lesão medular.	Estudo de caso clínico	Homens com LM (n=1)	VI
11	GARRETT, A. (2012)	Psicologia/ Universidade	<i>Acta Médica Portuguesa/ Portugal</i>	Questões de Ordem Sexual: Análise Qualitativa das dúvidas após uma Lesão Medular	Apresentar e discutir os resultados obtidos das dúvidas de ordem sexual de pessoas com lesão medular.	Estudo qualitativo	Pessoas com LM (n=35)	VI
12	SALE, P. <i>et al.</i> (2012)	Medicina/ Hospital Universitário	<i>Archives of Physical Medicine and Rehabilitation/ Itália</i>	<i>Predictors of Changes in Sentimental and Sexual Life After Traumatic Spinal Cord Injury</i>	Investigar mudanças e identificar preditores no funcionamento interpessoal e vida sexual após lesão medular traumática.	Estudo de Coorte (Prospectivo, multicêntrico e observacional)	Pessoas com LM (n=403)	IV
13	CARNEIRO, V. M. B. <i>et al.</i> , (2012)	Medicina/ Universidade	Revista de Pesquisa em Saúde/ Brasil	Sexualidade em mulheres com lesão na medula espinhal.	Compreender a sexualidade de mulheres portadoras de lesão medular.	Estudo qualitativo	Mulheres com LM (n=10)	VI
14	HESS, M. J.; HOUGH, S. (2012)	Medicina/ Universidade	<i>The Journal of Spinal Cord Medicine/ Estados Unidos</i>	<i>Impact of spinal cord injury on sexuality: Broad-based clinical practice intervention and practical application</i>	Fornecer uma revisão sobre o impacto da lesão medular para o alcance da intimidade física e emocional e potencial para maximizar a capacidade sexual e qualidade de vida.	Revisão de literatura	Não se aplica.	VI

**Quadro 9** – Distribuição dos artigos selecionados para a revisão integrativa sobre sexualidade da pessoa com lesão medular (conclusão).

Nº	Autores /Ano	Formação dos autores/ Instituição	Periódico/País de Publicação	Título do Artigo	Objetivos do Estudo	Tipo de Estudo/Método	Público-alvo	Nível de evidência
15	CARVALHO, A. P. F <i>et al.</i> (2010)	Medicina/ Enfermagem/ Fisioterapia/ Universidade	Femina/ Brasil	Gravidez em mulheres com trauma medular prévio.	Realizar uma revisão da literatura existente sobre gravidez em mulheres com trauma medular prévio.	Revisão de sistemática	Não se aplica.	VI
16	MACHADO, V. I.; MIRA, C. M., (2010)	Medicina/ Hospital	Acta Urológica Portuguesa/ Portugal	A Sexualidade e a Lesão Vertebro-Medular	Fornecer uma revisão de literatura sobre a sexualidade e lesão medular.	Revisão de literatura	Não se aplica.	VI
17	GARRET, A.; MARTINS, F.; TEIXEIRA, Z., (2009)	Medicina/ Psicologia/ Universidade	Revista da Faculdade de Ciências da Saúde/ Portugal	Da actividade sexual à sexualidade após uma lesão medular adquirida.	Apresentar os resultados preliminares de uma investigação em curso sobre a sexualidade na sequência de uma lesão medular adquirida.	Estudo exploratório descritivo quantitativo	Pessoas com LM (n=35)	VI
18	GARRET, A.; MARTINS, F.; TEIXEIRA, Z., (2009)	Medicina/ Psicologia/ Universidade	Acta Médica Portuguesa/ Portugal	A actividade sexual após Lesão Medular – Meios Terapêuticos	Apresentar uma revisão breve do conceito e da epidemiologia da lesão medular, assim como da fisiopatologia da ereção.	Revisão de literatura	Não se aplica.	VI
19	CAVALCANTE, K. M. H. <i>et al.</i> , (2008)	Enfermagem/ Universidade	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste/ Brasil	Vivência da sexualidade por pessoas com lesão medular	Compreender a vivência da sexualidade por portadores de lesão medular.	Estudo descritivo qualitativo	Pessoas com LM (n=10)	VI
20	AFIF-ABDO, J. (2007)	Medicina/ Hospital	Revista Diagnóstico & Tratamento/ Brasil	Diagnóstico e tratamento da disfunção erétil	Apresentar uma revisão de literatura sobre o diagnóstico e tratamento da disfunção erétil	Revisão de literatura	Não se aplica.	VI
21	CAVALCANTE, K. M. H. <i>et al.</i> (2007)	Enfermagem/ Universidade	<i>Online Brazilian Journal of Nursing/Brasil</i>	Alterações na fertilidade vivenciadas por pessoas com lesão medular uma pesquisa qualitativa.	Conhecer as alterações vivenciadas pela pessoa com lesão medular na sua fertilidade.	Estudo exploratório descritivo qualitativo	Pessoas com LM (n=9)	VI
22	ISHIBASHI, R. A. S; OLIVIERI, F. L. D; COSTA, V. S. P. (2005)	Enfermagem/ Fisioterapia/ Universidade	Científica Ciências Biológicas e da Saúde/ Brasil	Perfil da função sexual em homens com lesão medular completa	Analisar o perfil da função sexual de homens com lesão medular completa.	Estudo exploratório descritivo quantitativo	Homens com LM (n=18)	VI

Fonte: Elaborado pela autora. \* NE = Nível de Evidência \*\* LM = Lesão Medular

Os artigos foram caracterizados de acordo com as seguintes informações: identificação do artigo (autores, ano de publicação, formação e instituição dos autores, periódicos e país de publicação, título do artigo); objetivos do estudo; delineamento metodológico (tipo de estudo, público-alvo e amostra); e níveis de evidência desenvolvidos por Melnyk e Ficeout-Overholt (2011). Estes dados são apresentados por meio de análise descritiva (Quadro 9) e análise quantitativa (Tabela 4).

**Tabela 4** – Análise quantitativa dos artigos selecionados para a revisão integrativa sobre sexualidade da pessoa com lesão medular. Fortaleza, 2017.

Variáveis	N	%	Número do Artigo
<b>Área de Formação</b>			
Medicina	14	63,63	1, 2, 3, 4, 5, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20
Enfermagem	7	31,80	7, 9, 10, 15, 19, 21, 22
Fisioterapia	3	13,64	6, 15, 22
Psicologia	3	13,64	11, 17, 18
<b>Ano de Publicação</b>			
2016 – 2011	14	63,63	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14
2010 – 2005	8	36,37	15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22
<b>País de Publicação</b>			
Brasil	9	40,90	6, 7, 9, 13, 15, 19, 20, 21, 22
Portugal	5	22,73	1, 11, 16, 17, 18
Outros*	8	36,37	2, 3, 4, 5, 8, 10, 12, 14
<b>Idioma de Publicação</b>			
Português	13	59,08	1, 6, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22
Inglês	8	36,37	2, 3, 4, 5, 7, 8, 12, 14
Espanhol	1	4,55	10
<b>Instituição dos Autores</b>			
Universidade	17	77,27	2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 22
Hospital / Universidade	3	13,64	1, 6, 12
Hospital	2	9,09	16, 20
<b>Tipo de Estudo</b>			
Exploratório/ Descritivo/ Transversal/ Quantitativo/ Qualitativo	12	54,56	2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 17, 19, 21, 22
Revisão de Literatura/ Sistemática	7	31,80	3, 4, 14, 15, 16, 18, 20
Estudo de caso clínico	2	9,09	1, 10
Estudo de coorte	1	4,55	12
<b>Público-alvo</b>			
Pessoas com lesão medular	7	31,80	7, 9, 11, 12, 17, 19, 21
Homens com lesão medular	6	27,28	1, 2, 6, 8, 10, 22
Mulheres com lesão medular	2	9,09	5, 13
Não se aplica**	7	31,80	3, 4, 14, 15, 16, 18, 20
<b>Nível / Força de Evidência</b>			
VI – Fraca	20	90,90	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22
V – Moderada	1	4,55	4
III – Moderada	1	4,55	12
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>	

Fonte: Dados gerados pela autora.

Através da análise dos estudos evidenciou-se que a temática sexualidade da pessoa com lesão medular constitui tema de interesse de diversos profissionais de saúde de diferentes áreas de formação: Medicina (63,63%), Enfermagem (31,80%), Fisioterapia (13,64%) e Psicologia (13,64%). Deve-se ressaltar que nesta análise três estudos (artigos nº 15, 18 e 22) são de autores de diferentes áreas.

Os dados de identificação dos artigos revelam que a maioria dos estudos foram publicados entre os anos de 2011 e 2016 (63,63%), no Brasil (40,90%) e em Portugal (22,73%), em idiomas português (59,08%) e inglês (36,37%), com autores vinculados à uma instituição universitária (77,27%).

Com relação ao delineamento metodológico dos estudos avaliados, estes foram analisados e classificados como: estudos exploratório, descritivo, transversal com abordagem quantitativa ou qualitativa (54,56%); revisão de literatura ou sistemática (31,80%); estudo de caso clínico (9,09); e estudo de coorte (prospectivo, multicêntrico, observacional) (4,55%). Deve-se ressaltar que o tipo de estudo não estava explícito na metodologia de alguns artigos, sendo necessário a análise cuidadosa para a identificação do mesmo.

Quanto ao nível de evidência dos estudos, houve predominância de estudo com nível de evidência VI/ fraco (90,90%). E apenas dois estudos apresentaram níveis de evidências V (4,55%) e III (4,55%).

O público-alvo de todos os estudos analisados eram pessoas adultas com lesão medular. Os estudos que envolviam diretamente o público-alvo eram direcionados a ambos os sexos (31,80%), outros ao sexo masculino (27,28%), e outros ao sexo feminino (9,09%). Já estudos de revisão de literatura, que envolviam indiretamente o público-alvo, por tratar-se de pesquisa documental, foi utilizada nesta análise a nomenclatura de “Não se aplica” (31,80%), mas através da análise do conteúdo podemos afirmar estes estudos seguiram a mesma distribuição: três estudos apresentavam temáticas para ambos os sexos (artigos nº 4, 14 e 16), dois para o sexo masculino (artigos nº 18 e 20) e dois para o sexo feminino (artigos nº 3 e 15).

Em uma visão geral, podemos afirmar que a produção científica analisada privilegiou o público masculino, isso se explica em partes pelo fato dos homens com lesão medular terem um maior comprometimento da função sexual quando comparado às mulheres.

Quanto aos objetivos e conteúdos abordados nos estudos analisados, podemos destacar:

- Descrição dos aspectos fisiopatológicos da função sexual da pessoa com lesão medular, com ênfase na disfunção sexual masculina, disfunção sexual feminina, função reprodutiva;

- Discussão dos aspectos psicológicos sobre a sexualidade da pessoa com lesão medular, com ênfase nos fatores emocionais/sentimentais; adaptação, ajuste e satisfação sexual;
- Discussão sobre o cuidado e a assistência em saúde voltados à função sexual e a sexualidade da pessoa com lesão medular, com ênfase para a reabilitação sexual, educação sexual e tratamentos médicos.

A categorização dos estudos efetuou-se por meio de leituras exploratória, seletiva, analítica e interpretativa dos textos. A análise dos dados teve por base a literatura pertinente. A síntese dos dados é apresentada em categorias temáticas no quadro 10. As categorias temáticas apreendidas a partir da revisão integrativa baseada em evidência foram subsídios para a construção do conteúdo da cartilha.

**Quadro 10** – Resultado da revisão integrativa sobre sexualidade, função sexual e lesão medular (continua).

<b>Temática: Sexualidade</b>	<b>Número do artigo</b>
<b>1. Conceito de sexualidade</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parte integrante do comportamento humano.</li> <li>• Componente biológico e psicológico.</li> <li>• Mais abrangente que o ato sexual.</li> </ul>	3, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14, 16, 18, 19, 21, 22
<b>2. Fatores que interagem e influenciam a sexualidade:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Culturais, éticos, religiosos, espirituais, sociais, econômicos, políticos, legais e históricos.</li> </ul>	5, 7, 13, 14, 16, 18, 21
<b>3. Expressão da sexualidade</b>	2, 7, 13, 14, 19, 21, 22
<b>4. Sexualidade e qualidade de vida</b>	2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 14, 15, 16, 18, 22
<b>Temática: Função sexual e lesão medular</b>	<b>Número do artigo</b>
<b>1. Funções corporais afetadas pela lesão medular</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilidade</li> <li>• Sensibilidade</li> <li>• Controle autônomo da bexiga e intestino</li> <li>• Controle da respiração, regulação da pressão arterial e temperatura corporal</li> <li>• Função sexual e reprodutiva.</li> </ul>	4, 6, 7, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 22
<b>2. Função sexual e a classificação da lesão medular</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paraplegia e tetraplegia</li> <li>• Lesão completa e incompleta</li> </ul>	1, 2, 4, 6, 7, 8, 10, 14, 15, 16, 18, 21
<b>3. Função sexual na lesão medular</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estímulos psicogênicos</li> <li>• Estímulos reflexo</li> </ul>	4, 6, 8, 14, 16, 18, 22
<b>Temáticas: Desejo sexual na lesão medular</b>	<b>Número do artigo</b>
<b>1. O desejo fica diminuído ou ausente logo após pessoa ser acometida pela lesão medular</b>	2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19
<b>2. O desejo e a satisfação sexual reaparecem após a fase de adaptação e ajuste sexual.</b>	2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19

**Quadro 10** – Resultado da revisão integrativa sobre sexualidade, função sexual e lesão medular (continuação).

<b>Temáticas: Desejo sexual na lesão medular</b>	<b>Número do artigo</b>
<b>3. Fatores físicos que podem interferir no desejo e satisfação sexual:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alteração na sensibilidade e movimentação do corpo; espasticidade e contraturas e falta de controle da bexiga e intestino.</li> </ul>	2, 3, 6, 7, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21
<b>4. Fatores psicológicos que podem interferir no desejo e satisfação sexual:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alteração na autoimagem, baixa autoestima, sentimento de incapacidade e impotência, vergonha, medo, ansiedade, depressão entre outros.</li> </ul>	2, 3, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21
<b>5. O uso de medicamentos pode interferir no interesse sexual:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeitos colaterais de medicações: tranquilizantes, antidepressivos, relaxantes musculares.</li> </ul>	1, 20
<b>Temática: Reabilitação e educação sexual</b>	<b>Número do artigo</b>
As pessoas acometidas pela lesão medular reconhecem a necessidade de receberem informações sobre sexualidade, função sexual e atividade sexual.	2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 19
O momento adequado para a educação sexual: <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante o processo de reabilitação.</li> <li>Quando a pessoa expressar a necessidade de informação.</li> <li>O profissional deve reconhecer o momento mais adequado.</li> </ul>	2, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 14, 16, 17
A reabilitação sexual deve abordar os aspectos físicos (fisioterapia, atividade física e esportiva, treino vesical e intestinal)	2, 4, 6, 7, 14, 16, 17, 18, 22
A reabilitação sexual deve abordar os aspectos psicológicos e emocionais.	2, 4, 5, 6, 7, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 22
Os profissionais de saúde devem estar aptos e capacitados para trabalhar com educação sexual.	2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 19, 21, 22
<b>Temática: Satisfação sexual</b>	<b>Número do artigo</b>
Aspectos psicológicos: autoimagem, autoestima, autoconhecimento, receptividade, bem-estar.	3, 4, 6, 7, 12, 13, 14, 16, 22
Aspectos relacionamento afetivo: diálogo, atenção e satisfação do parceiro.	3, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 16, 17, 22
Identificação de novas formas de prazer e satisfação sexual. <ul style="list-style-type: none"> <li>Áreas erógenas</li> <li>Sinais de prazer e orgasmo</li> <li>Diversificação da prática sexual.</li> </ul>	3, 4, 6, 7, 9, 13, 14, 16, 17, 22
Cuidados para uma relação sexual saudável <ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenir a incontinência urinária</li> <li>Prevenir a incontinência intestinal</li> <li>Cuidados com a higiene corporal</li> <li>Prevenir lesões na pele e mucosas</li> </ul>	3, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 16
Situação incomum na relação sexual: dor	3, 4, 6, 7, 16
Situação incomum na relação sexual: disreflexia autonômica	1, 4, 9, 14, 15, 16
A importância do posicionamento corporal adequado para favorecer o desempenho sexual durante a relação sexual (ato).	3, 7, 14, 19, 22
<b>Temática: Disfunção sexual masculina</b>	<b>Número do artigo</b>
Disfunção erétil: capacidade de iniciar e manter uma ereção para o intercuro sexual.	1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 16, 18, 19, 20, 22
Mecanismos da ereção psicogênica: estímulos visuais, auditivos, olfativos, gustativos e psicológicos.	1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 16, 18, 19, 20, 22
Mecanismos da ereção reflexa: estímulo tátil na região genital.	1, 2, 4, 6, 8, 9, 14, 16, 18, 19, 20, 22

**Quadro 10** – Resultado da revisão integrativa sobre sexualidade, função sexual e lesão medular (continuação).

<b>Temática: Disfunção sexual masculina</b>	<b>Número do artigo</b>
Capacidade de ejacular: anejaculação e ejaculação retrógrada.	1, 2, 4, 6, 9, 14, 16, 19, 20, 21, 22
Aspectos do esperma (qualidade e quantidade) e fatores relacionados.	1, 11, 14, 16, 19, 21, 22
Tratamentos para disfunção erétil: medicação (oral, sublingual, intrauretral ou injetável), vacuoterapia, anel constritor e próteses penianas.	2, 7, 8, 10, 14, 16, 18, 19, 20
Tratamentos para disfunção ejaculatória: vibroestimulação peniana, eletroejaculação, punção/incisão escrotal para retirada direta de esperma.	1, 7, 14, 16, 19, 21
Tratamentos para fertilidade: inseminação intravaginal, inseminação intrauterina. Fertilização <i>in vitro</i> .	1, 11, 14, 16, 19, 21
<b>Temática: Disfunção sexual feminina</b>	<b>Número do artigo</b>
Mecanismos da vasocongestão vaginal e lubrificação psicogênicas.	3, 7, 14, 16, 19
Mecanismos da vasocongestão vaginal e lubrificação reflexas.	3, 7, 14, 16, 19
Tratamento para a disfunção sexual feminina: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lubrificantes vaginas; vibrador erótico;</li> <li>• Aspecto emocional; carícias.</li> </ul>	3, 7, 14, 16, 19, 21
Menstruação e fertilidade.	9, 11, 14, 15, 16, 19, 21
Gravidez e gestação na lesão medular.	4, 14, 15, 16, 21
Riscos de complicações gestacionais: diabetes, infecções urinárias, constipação, espasmos da bexiga, alterações respiratórias e cardiovasculares, úlcera por pressão, espasticidade aumentada, trombose nas pernas e dificuldades nas transferências é maior. Além dos riscos de prematuridade e baixo peso ao nascer. Os sinais e sintomas podem não ser percebidos pela falta de sensibilidade e aumentar o risco de disreflexia autonômica que pode ocorrer durante uma relação sexual, gestação, trabalho de parto, parto e puerpério.	4, 15, 16, 21
Acompanhamento pré-natal.	15, 16, 21
Trabalho de parto, parto e puerpério.	4, 15, 16, 21
Amamentação.	4, 15
Métodos contraceptivos e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis	15, 16
<b>Temática: Disreflexia autonômica</b>	<b>Número do artigo</b>
A disreflexia autonômica e associação com a função sexual e reprodutiva da pessoa com lesão medular.	1, 4, 9, 14, 15, 16
Fisiopatologia da disreflexia autonômica.	1, 14, 15
Sinais e sintomas da disreflexia autonômica.	1, 14, 15
Causas da disreflexia autonômica	1, 14, 15
Prevenção e controle da disreflexia autonômica.	1, 14, 15

Fonte: Elaborado pela autora.

### 5.3 Construção da cartilha educativa sobre a sexualidade da pessoa com lesão medular

A etapa de elaboração da cartilha, corresponde a terceira etapa da metodologia proposto por Moreira, Nóbrega e Silva (2003) denominada de determinação do veículo. Cabe ressaltar que esta etapa é precedida pelas etapas de: identificação do público alvo, realizada através da pesquisa documental em *blogs* e descrita anteriormente no item 5.1 deste estudo; e determinação da mensagem, realizada através da revisão integrativa sobre sexualidade da pessoa com lesão medular, descrita anteriormente no item 5.2 deste estudo.

Além destes estudos, foram utilizadas mais seis referências para compor o conteúdo da cartilha, tais como livros, *guideline*, manual do Ministério da Saúde e manuais destinados ao público-alvo:

- Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vértebro-medular (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).
- *Sexuality and reproductive health in adults with spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care professionals* (CONSORTIUM FOR SPINAL CORD MEDICINE, 2010).
- *Sexuality and reproductive health in adults with spinal cord injury: what you should know - a guide for people with spinal cord injury* (CONSORTIUM FOR SPINAL CORD MEDICINE, 2011).
- Cadernos de Atenção Básica nº 26 – Saúde sexual e saúde reprodutiva (BRASIL, 2013b).
- Manual de orientação reeducação sexual do paciente com lesão medular (JANSEN, 2010).
- Traumatismo raquimedular: para os familiares e cuidadores (BELO HORIZONTE, 2015).

A etapa de determinação do veículo, que corresponde a construção da cartilha, prever três aspectos: linguagem, ilustração e *layout/design* (apresentados detalhadamente no quadro 4 no capítulo Material e Método).

#### 5.3.1 Linguagem

O conteúdo da cartilha foi construído a partir das categorias temáticas da pesquisa documental em *blogs*, sendo apreendido também a linguagem e as expressões do público-alvo,

e das categorias temáticas da revisão integrativa sobre sexualidade, função e atividade sexual da pessoa com lesão medular, sendo apreendido o conteúdo científico.

A maior dificuldade na construção do conteúdo da cartilha foi compilar uma grande quantidade de informação sem deixar o material extenso e cansativo, pois o conteúdo abordado é muito amplo e são temáticas que se complementam de tal forma que a retirada de algum conteúdo poderia comprometer a compreensão de assuntos posteriores.

Outra dificuldade para compor a cartilha é que ela é destinada ao público masculino e feminino e com comprometimentos funcionais diversos de acordo com o nível e grau da lesão medular, portanto, a expressão da sexualidade e função sexual é bastante variada tanto do aspecto biológico quanto nos aspectos psicológicos, emocionais e culturais. Então, o conteúdo foi construído com assuntos gerais para alcançar a maior diversidade de público, e apenas dois capítulos são destinados especificamente ao público masculino e feminino.

Uma vez definido o conteúdo, este foi disposto capítulos em uma sequência cronológica, sendo abordado inicial a sexualidade, por ser um aspecto comum a qualquer ser humano, em seguida foram apresentados os conceitos sobre a lesão medular para fornecer subsídio a compreensão das alterações na função e atividade sexual, posteriormente foram apresentados conteúdos sobre ajustes e adaptações sexuais, tratamentos e cuidados em saúde que possibilitam uma melhor qualidade de vida sexual.

A elaboração de materiais em tópicos facilita a compreensão do seu conteúdo, evitando que o leitor fique confuso e oferecendo-lhes oportunidade de pequenos sucessos na aprendizagem ao dividir instruções longas e complexas em partes fáceis de entender. Além disso, a apresentação das informações em tópicos também facilita o seu armazenamento na memória a longo prazo (DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010; DOAK, DOAK, ROOT, 1996).

Assim, o conteúdo foi dividido em seis capítulos principais de acordo com as temáticas (Quadro 11):

**Quadro 11** – Apresentação dos conteúdos da cartilha educativa de acordo com as categorias temáticas da revisão integrativa (continua).

<b>Categorias temáticas da revisão integrativa</b>	<b>Capítulos e subcapítulos da cartilha educativa</b>	<b>Apresentação do Conteúdo</b>
	<b>Apresentação da cartilha</b>	✓ Contextualiza a temática da cartilha educativa e apresenta os objetivos da cartilha e fazendo um convite à leitura.
✓ Sexualidade	<b>1. Sexualidade:</b> 1.1 Formas de vivenciar a sexualidade	✓ Apresenta o conceito de sexualidade e exemplos de situações cotidianas em que a sexualidade é expressada.
✓ Função sexual e lesão medular ✓ Desejo e satisfação sexual na lesão medular	<b>2 Lesão medular e função sexual</b> 2.1 Você sabe o que é lesão medular? 2.2 Classificação da lesão medular 2.3 Alterações na função sexual 2.4 O desejo sexual após a lesão medular	✓ Apresenta a definição, causas, consequências e classificação da lesão medular. ✓ Explica como a lesão medular afeta a função sexual e a sexualidade.
✓ Reabilitação e educação sexual	<b>3 Tratamento das disfunções sexuais</b> ✓ Acompanhamento psicológico ✓ Reabilitação	✓ Destaca a importância da pessoa com lesão medular buscar o acompanhamento profissional para auxiliar na reorganização da sexualidade.
✓ Disfunção sexual masculina	<b>4 Disfunções sexuais masculinas</b> 4.1 A ereção depois da lesão medular. 4.2 Existe tratamento para melhorar a ereção? 4.3 E como fica a ejaculação? 4.4 O homem com lesão medular pode ter filhos?	✓ Apresenta as principais disfunções sexuais masculinas decorrentes da lesão medular: disfunção erétil, disfunção ejaculatória e fertilidade. ✓ Também apresenta: os mecanismos da ereção reflexa e psicogênica e tratamentos clínicos e cirúrgicos para as disfunções sexuais e reprodução.
✓ Disfunção sexual feminina	<b>5 Disfunções sexuais femininas</b> 5.1 Alterações na função sexual da mulher com lesão medular 5.2 Como melhorar o desempenho sexual da mulher com lesão medular? 5.3 A mulher com lesão medular pode engravidar?	✓ Apresenta as principais disfunções sexuais femininas decorrentes da lesão medular: alteração da vasocongestão e lubrificação vaginal e da fertilidade. ✓ Também apresenta: os mecanismos da vasocongestão reflexa e psicogênica; recomendações para melhorar o desempenho sexual feminino e cuidados pré-natais.
✓ Satisfação sexual ✓ Disreflexia autonômica	<b>6 Promoção da atividade sexual saudável e satisfatória</b> 6.1 Fatores psicológicos no relacionamento afetivo 6.2 A importância do diálogo no relacionamento afetivo 6.3 Identificar novas formas de sentir prazer 6.4 Prazer e orgasmo na lesão medular 6.5 Cuidados para uma relação sexual saudável na lesão medular 6.6 Disreflexia autonômica 6.7 Evitando a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis 6.8 Posições possíveis para a relação sexual	✓ Este capítulo foi subdividido em oito temáticas que são complementares e apresentam estratégias para a promoção da atividade sexual saudável e satisfatória, destacando os aspectos físicos e psicológicos relacionados à sexualidade e função sexual. ✓ Também apresenta cuidados em saúde que contribuem para uma relação sexual saudável e satisfatória com vista a prevenção de agravos à saúde.
	<b>Conclusão</b>	✓ Conclui-se com o breve resumo e convite para repassar o conhecimento.

Fonte: Elaborado pela autora.

Os textos da cartilha foram elaborados de acordo com as recomendações de Moreira, Nóbrega e Silva (2003) apresentadas anteriormente na metodologia (Quadro 11).

Procurou-se adaptar as informações técnicas disponíveis na literatura para uma linguagem adequada. A cartilha apresenta uma escrita simples e clara. Sempre que possível evitou-se textos longos, fazendo-se uso de mensagens curtas e objetivas, as quais facilitam a leitura e a compreensão das informações que estão sendo transmitidas.

Há um consenso entre estudos que indicam que o conteúdo de um material educativo em saúde deve estar escrito de forma acessível a qualquer leitor, de tal forma que mesmos os leitores que apresentem baixo nível de escolaridade possam ler e compreender o conteúdo. Estes estudos demonstraram que pessoas de todos os níveis de alfabetização preferem materiais escritos de forma simples do que materiais complexos e têm maior compreensão (DOAK; DOAK; ROOT, 1996; HOFFMANN; WORRALL, 2004; WHITTINGHAM *et al.*, 2008)

É recomendado a avaliação da legibilidade do texto, visto que somente a habilidade de ler não garante a compreensão da leitura, sendo importante também estar atento para a quantidade, clareza e complexidade da informação apresentada. A legibilidade de um texto refere-se à facilidade de leitura com o texto pode ser lido, podendo ser utilizados testes e fórmulas para avaliar esse padrão (HOFFMANN; WORRALL, 2004; BASTABLE, 2010).

Então, após a elaboração dos textos, foi aferido o Índice de Legibilidade de Flesch (ILF) em todas as frases e parágrafos da cartilha, por meio do Revisor Gramatical Automático para o Português (ReGra) disponível no *Microsoft Word* (BENEVIDES *et al.*, 2016). No presente estudo, considerou-se um ILF aceitável de 70 a 100%, o qual é equivalente à leitura razoavelmente fácil/fácil/muito fácil. Quando uma frase ou parágrafo obtinha um índice inferior a 70%, o texto era revisado e reconstruído, alterando-se palavras longas por palavras mais curtas, dividindo-se o conteúdo do parágrafo em mais frases; e caso não fosse alcançado o índice desejado, o conteúdo era apresentado em lista, quadros ou diagramas.

Também, buscou-se limitar a utilização de termos técnicos dando preferência a uma linguagem mais popular, mas quando os termos foram considerados relevantes, estes foram precedidos ou sucedidos de explicação sobre seus conceitos e definições com o intuito de garantir a compreensão do texto pelo público-alvo.

### 5.3.2 Ilustração

Os recursos visuais são essenciais para a transmissão de mensagens em saúde para os leitores, pois atrai a atenção do leitor e ajuda-o a focar no que é importante. Porém sua utilização requer cuidados, como a aproximação com o texto ao qual corresponde e a adequação cultural (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

A informação é melhor reconhecida ou lembrada quando é apresentada de forma verbal e visual. O texto com ilustrações aumenta a lembrança e a compreensão da informação (WHITTINGHAM *et al.*, 2008).

Whittingham *et al.* (2008) relata que existem dois subsistemas cognitivos que processam informações, um sistema verbal e um visual e que os leitores são mais capazes de construir conexões entre o sistema verbal e o sistema visual quando o texto e a imagem correspondentes estão próximos, desta forma o texto e a imagem ficam na mesma memória de trabalho. Além disso, os materiais escritos podem diferir em relação à facilidade com que as informações podem ser processadas na memória de trabalho. Isso é chamado de carga de trabalho. E o material que pode ser facilmente mantido na memória de trabalho também é fácil de entender.

No entanto, é necessária cautela na utilização de ilustrações. Segundo Hoffmann e Worrall (2004), as ilustrações só devem ser usadas se melhorarem a compreensão das informações essenciais. As ilustrações nem sempre ajudam a aprender e, se não forem usadas adequadamente e pelo motivo correto, podem distrair a atenção dos leitores do texto. Apesar da falta de consenso sobre a eficácia das ilustrações, os leitores frequentemente valorizam as ilustrações. Portanto, um benefício indireto adicional de usar ilustrações pode ser que eles possam tornar o material mais atraente e, portanto, mais provável que seja lido.

Na construção da cartilha foram utilizados muitos recursos visuais, tais como: quadros, diagramas e ilustrações. A utilização destes recursos objetivou a apresentar de uma forma mais didática alguns conceitos mais extensos e mais complexos, servindo como auxílio na compreensão dos textos e facilitação da leitura, tornando-a mais atraente e criativa.

A utilização dos recursos visuais, seguiu as recomendações de Moreira, Nóbrega e Silva (2003), sendo utilizadas apenas com as finalidades de explicar ou enfatizar pontos e ideias importantes do texto para auxiliar, complementar ou facilitar a sua compreensão. Buscou-se limitar a quantidade de ilustrações para não sobrecarregar o material, evitando ilustrações abstratas ou que tenham apenas função decorativa.

Para a confecção das ilustrações e diagramação da cartilha, contratou-se uma profissional especialista na área de *design* com experiência na elaboração de materiais educativos em saúde. Inicialmente, foi apresentado ao *designer* a temática e os objetivos do material educativo e as referências metodológicas, quanto as ilustrações e layout, que deviam serem seguidas para construção da cartilha.

A pesquisadora elaborou um roteiro que continha: 1) orientações para os elementos textuais: capítulos com títulos, subtítulos e textos com indicação do tamanho e cores das fontes, textos que deveriam ser destacados; 2) orientações para a elaboração e inserção das ilustrações; 3) orientações sobre o layout e diagramação, com indicação da fonte, tamanhos e cores das letras e distribuição visual do texto, com vista a garantir que cada seção fosse apresentada sem quebra da compreensão do texto.

A pesquisadora manteve-se em contato permanente com a *designer* durante todo o processo de edição da primeira versão da cartilha, no qual cada capítulo editado era submetido à análise criteriosa da pesquisadora que orientavam os ajustes necessários até a obtenção do resultado adequado. O contato com a *designer* ocorreu através de ligações telefônicas e de forma virtual via correio eletrônico (*e-mail*) e aplicativo de mensagens (*WhatsApp*).

Também foi disponibilizado a *designer* uma seleção de figuras, imagens e vídeos obtidos na *internet* através do site *Google* Imagens e *YouTube*. Estas imagens eram enviadas anexo ao roteiro junto ao texto correspondente, caso fosse vídeo era enviado o endereço eletrônico para acesso. Algumas ilustrações foram elaboradas baseadas apenas na descrição da imagem. Barros (2015) e Maniva (2016) utilizaram-se de métodos semelhantes para a elaboração de ilustrações de materiais educativos em saúde.

O objetivo do levantamento das imagens foi orientar o processo de criação das ilustrações da cartilha assessorando a *designer* na elaboração de ilustrações que fossem familiares ao público-alvo, permitindo que o leitor pudesse se identificar com a mensagem, considerando também os aspectos culturais, étnicos, raciais, de gênero e orientação sexual.

Tal como acontece com o texto, as ilustrações precisam ser culturalmente sensíveis e apropriadas e os autores de material precisam avaliar se os leitores entendem corretamente as ilustrações (HOFFMANN; WORRALL, 2004).

Buscou-se retratar a realidade do cotidiano das pessoas com lesão medular na cartilha, em muitas ilustrações elas foram retratadas em cadeiras de roda, mas sempre com a devida atenção para ilustrar ações e comportamentos otimistas e desejados. De acordo com Lima (2014), a familiarização do público-alvo com as ilustrações torna-o mais propenso a adotar novos comportamentos quando existe uma relação de proximidade com sua realidade. E

segundo Hoffman e Worrall (2004), as ilustrações em que o leitor se sente familiarizado e reconhecido é mais provável que sejam recordadas.

O processo de construção e operacionalização da cartilha é exemplificado na figura a seguir para melhor compreensão dos passos seguidos (Figura 6):

**Figura 6** – Ilustração representativa do processo de construção da cartilha.

Roteiro	1ª Versão da Cartilha
<p><b>FIGURAS</b></p> <p>Figura 5: Pode colocar uma imagem de uma pessoa de cadeira de rodas em um consultório conversando com um profissional de saúde. E outra realizando fisioterapia com acompanhamento profissional.</p> <p><b>1ª Imagem - texto:</b> O apoio psicológico e emocional é uma parte muito importante do tratamento. Esse apoio pode ser individual, do casal ou em grupo.</p> <p><b>2ª Imagem - texto:</b> A reabilitação trabalha a parte física. Inclui: fisioterapia, atividade física, reeducação da bexiga e intestino.</p>	<p><b>3. TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS</b></p> <p>As disfunções sexuais podem acontecer com muitos homens e mulheres com ou sem lesão medular. O tratamento deve focar nos aspectos psicológicos e físicos.</p> <p><b>Acompanhamento Psicológico</b></p> <p>O apoio psicológico e emocional é uma parte muito importante do tratamento. Esse apoio pode ser individual, do casal ou em grupo.</p>  <p>O desafio inicial é aceitar o seu corpo e curtir, assim outras pessoas também irão.</p> <p>14</p>

## 2.2 Alterações na função sexual

(Inserir figura 4)

### TEXTO INSERIDO NA FIGURA

1 O impulso sexual se inicia com **estímulos eróticos** mentais, visuais, táteis, olfativos e auditivos. A partir deles, o cérebro envia impulsos para os órgãos sexuais.

2 Os impulsos enviados pelo cérebro devem passar pela medula para chegar aos órgãos sexuais. Mas a **lesão medular** dificulta a passagem destes impulsos.

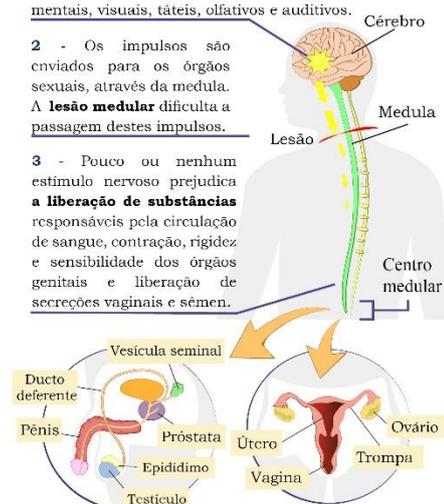
3 Os órgãos sexuais recebem pouco ou nenhum estímulo nervoso. Isso prejudica a **liberação de substâncias** responsáveis pela circulação de sangue na genitália, pela contração e rigidez dos órgãos genitais e pela liberação de secreções (vaginal e sêmen). A sensibilidade da genitália também pode ficar diminuída ou ausente.

## 2.2 Alterações na função sexual

1 - O impulso sexual se inicia com **estímulos eróticos** mentais, visuais, táteis, olfativos e auditivos.

2 - Os impulsos são enviados para os órgãos sexuais, através da medula. A **lesão medular** dificulta a passagem destes impulsos.

3 - Pouco ou nenhum estímulo nervoso prejudica a **liberação de substâncias** responsáveis pela circulação de sangue, contração, rigidez e sensibilidade dos órgãos genitais e liberação de secreções vaginais e sêmen.



12

As ilustrações foram desenhadas e editadas no *Adobe Illustrator CS3* com vistas a garantir ilustrações nítidas, com boa resolução, contraste e composição. De acordo com Doak, Doak e Root (1996), as ilustrações de alta qualidade dão maior credibilidade as mensagens e atraem o público, principalmente, quando se trata de público adulto, para tanto, eles recomendam que as ilustrações sejam elaboradas por profissionais de *design*.

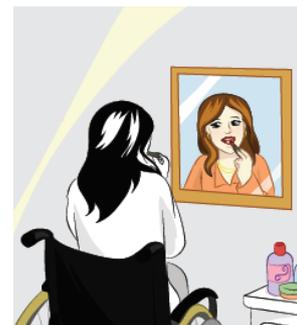
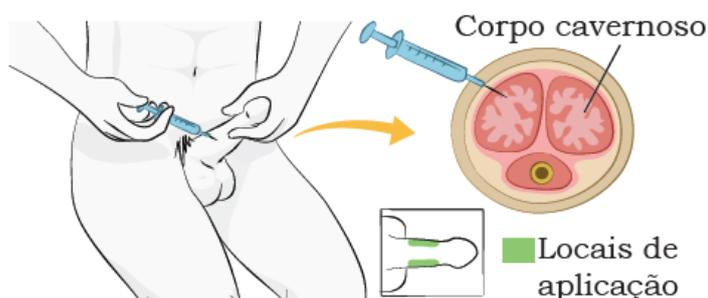
De acordo com Whittingham *et al.* (2008), a medida em que uma ilustração é compreendida depende também das propriedades da ilustração. Desta forma, as ilustrações da cartilha foram elaboradas seguindo alguns cuidados, tais como: foram utilizadas linhas simples e cores suaves nas ilustrações, as cores mais vibrantes foram utilizadas para destacar a mensagem principal da ilustração e atrair a atenção do leitor, por exemplo: nas ilustrações que apresentavam partes internas do corpo foram retratadas em primeiro plano com cores vibrantes e a parte externa do corpo foi retratada em segundo plano com cores suaves, nas ilustrações que retratavam alguma ação ou comportamento desejado, a imagem que os representavam era colorida, já as demais eram apresentadas em cores suaves.

Segundo Hoffmann e Worrall (2004), os desenhos de linha simples são os mais eficazes para ajudar a entender e todos os detalhes ou fundos da ilustração que não são necessários para comunicar a mensagem não devem ser incluídos, pois podem distrair o leitor. Também é recomendado que apenas o modo de ação "desejado" seja mostrado em imagens. Gráficos abstratos devem ser evitados, assim como os símbolos, que muitas vezes são mal interpretados.

Doak, Doak e Root (1996) destacam que alguns elementos visuais podem ajudar a destacar a mensagem principal das ilustrações, assim alguns destes elementos também foram utilizados na elaboração das ilustrações, tais como: setas indicativas e círculos para destacar as informações-chave; caixas de texto com legendas; imagens em escala para retratar objetos pequenos em tamanho maior, junto a imagem realistas expressando a sensação de proporcionalidade entre as imagens; cada ilustração representavam uma mensagem principal; e as ilustrações eram incluídas próximas ao texto correspondente na mesma página.

A figura 7 exemplifica a elaboração das ilustrações da cartilha educativa:

**Figura 7** – Representação das ilustrações da cartilha educativa.



Fonte: Elaborado pela autora.

Durante a elaboração das ilustrações, houve uma atenção especial para a composição da ilustração da capa, uma vez que este elemento representa o primeiro contato do público-alvo com o material e é determinante para estimular a leitura do material educativo pelo público-alvo (Figura 8).

Segundo Hoffman e Worrall (2004), é importante que a capa do material educativo seja amigável, atraente e comunique claramente a finalidade do material ao público-alvo e tem o título claramente exibido. Eles sugerem que os títulos são mais efetivos quando oferecem um benefício desejado pelos leitores, despertem a curiosidade ou expressem uma ação esperada; e que a atenção dos leitores pode ser obtida se a frase-chave em um título longo estiver em impressão maior.

**Figura 8** – Ilustração representativa do processo de construção da cartilha.

Roteiro	1ª Versão da Cartilha	Versão Final da Cartilha
<p><b>CAPA</b></p> <p><b>Só ilustração e título</b></p> <p>Título: Sexualidade na lesão medular: o que você gostaria de saber?</p> <p>Ilustração com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Um homem e uma mulher na cadeira de rodas</li> <li>• Pelo menos um homem e uma mulher em pé. (se necessário pode por mais)</li> <li>• Atentar para as questões de gênero, orientação sexual e raça/etnia. Deve ser uma imagem inclusiva.</li> <li>• Pessoas com expressões alegres, de bem com a vida.</li> <li>• O ambiente pode ser um local descontraído como um parque/pracinha.</li> <li>• Atenção não infantilizar as ilustrações, pois o público alvo é adulto.</li> </ul>		

Fonte: Elaborado pela autora.

### 5.3.3 Layout e design

O *layout* e o *design*, refere-se a forma de apresentar o texto e as imagens, e servem para tornar o material mais fácil de se ler e mais atraente para o leitor (DOAK; DOAK; ROOT, 1996; MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003)

A composição do *layout* da cartilha seguiu os preceitos de Moreira, Nóbrega e Silva (2003), sendo a diagramação realizada no programa *Adobe Indesign CS6 (Windows)*.

A formatação do texto foi realizada com bastante atenção com o objetivo de tornar o conteúdo acessível e atraente ao leitor com vistas a favorecer a leitura e compreensão.

Os textos foram escritos na fonte *Bookman Old Style*, esta fonte foi escolhida por conter serifa. As serifas são os pequenos “pés” sobre letras e este elemento facilita a visualização e codificação de cada letra individualmente pelo cérebro humano permitindo o seu rápido reconhecimento, e isso para os leitores com menor nível de escolaridade e letramento facilita a leitura (HOFFMANN; WORRALL, 2004; DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

A além do cuidado na escolha da letra, também foi observado o comprimento de linha dos textos para que não fosse ultrapassado os limites entre 30 e 50 caracteres. Estes limites possibilitam uma leitura mais confortável aos olhos, evitando que os olhos se movimentem excessivamente e canse a visão (HOFFMANN; WORRALL, 2004; DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Além da preocupação da disposição dos textos e ilustrações na página, deve-se ter cuidado com a utilização dos espaços em branco, ou seja, os espaços com ausência de textos e ilustrações também são importantes para a facilitação da leitura e compreensão da mensagem, portanto, visuais muito densos devem ser evitados. É recomendável respeitar um limite de 10 a 35% de espaço em branco por página em materiais impressos, devendo-se ter especial atenção aos limites das margens e espaçamento do texto (HOFFMANN; WORRALL, 2004; MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003; DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Há um consenso entre diversos autores sobre o tamanho mínimo da fonte, que deve variar entre os tamanhos de 12 ou 14 pontos para os textos e ser acrescentados mais dois pontos para os títulos e subtítulos. (DOAK; DOAK; ROOT, 1996; MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003; HOFFMANN; WORRALL, 2004; WHITTINGHAM *et al.*, 2008).

De acordo com Hoffmann e Worrall (2004), a aparência de uma página é mantida simples quando um pequeno número de tamanhos de fontes e tipos são usados.

Portanto, na cartilha foram utilizadas fontes no tamanho 18 para os títulos e subtítulos dos capítulos e 16 para o texto, no entanto, em algumas figuras foi utilizado tamanho

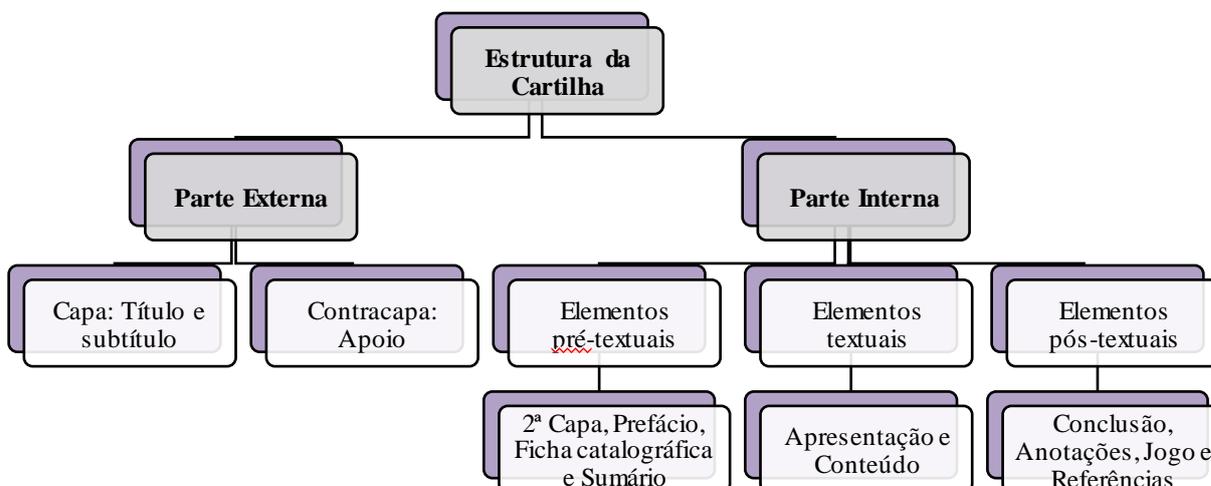
14 para os textos mais longos e nas legendas. Na capa, foi usada a fonte no tamanho 30 para o título e 22 para o subtítulo da capa.

A caixa alta só foi utilizada nos títulos dos capítulos para diferenciá-los dos subtítulos e evidenciar a hierarquia das informações, nos demais textos foram utilizadas caixa maiúscula na primeira letra e minúsculas nas demais. As partes do texto para que se desejava chamar atenção do leitor foram destacadas em negrito. E as frases que traziam mensagens de destaque foram apresentadas em caixas de texto de fundo azul claro e letra azul escuro. Todos esses recursos visuais foram utilizados com bastante cautela de acordo com as recomendações da literatura pertinente.

Os cabeçalhos ou textos importantes devem ser diferentes do restante do texto, para ser compreendido e lembrado, pois quando o leitor visualizar o texto, ele será conduzido a prestar maior atenção exatamente nos itens que diferem dos demais (WHITTINGHAM *et al.*, 2008). Na cartilha os títulos e subtítulos dos capítulos receberam diferentes cores: foi utilizado cor preta para os textos, azul escuro para o título da cartilha; verde para os títulos e subtítulos dos capítulos de conteúdo gerais; azul para o capítulo destinado ao público masculino; e roxo para o capítulo destinado ao público feminino. Em todos os elementos textuais foi utilizada letra escura em fundo claro.

A organização e estruturação do conteúdo da cartilha educativa seguiu a recomendação de Moreira, Nóbrega e Silva (2003) para a distribuição dos conteúdos: 5% para a introdução, 90% para o desenvolvimento e 5% para a conclusão (Figura 9).

**Figura 9** – Diagrama da estrutura e organização do conteúdo da cartilha educativa.



Fonte: Elaborado pela autora. Adaptado de Barros (2015).

A capa da cartilha apresenta o título e subtítulo “Sexualidade na lesão medular: o que você precisa saber”, os quais foram validados pelos juízes e público-alvo. Na contracapa

constam os brasões da Universidade Federal do Ceará, instituição em a autora está academicamente vinculada e na qual o material está desenvolvido (Programa de Pós-graduação em Enfermagem) e da Universidade Federal do Maranhão, instituição na qual a autora está profissionalmente vinculada e recebe apoio para capacitação docente.

Os elementos pré-textuais incluem: 2<sup>a</sup> capa, prefácio, ficha catalográfica e sumário. Na 2<sup>a</sup> capa foram incluídos: nome do autor, nome do orientador do trabalho, título e subtítulo, cidade e ano. No prefácio foi informado que a cartilha faz parte de uma tese de doutorado sendo apresentados o título da tese, programa, instituição, autora e orientadora da tese, e também contém o nome do ilustrador/diagramador, apoio e ficha catalográfica. O sumário apresenta de forma organizada os capítulos e subcapítulos da cartilha bem como a paginação.

Os elementos textuais foram distribuídos em seis capítulos principais organizados em uma sequência cronológica de conceitos e definições, partindo de informações gerais e menos complexas para informações mais específicas.

Os elementos pós-textuais foram: conclusão, jogo caça-palavras recordando os principais assuntos abordados na cartilha, espaço para anotações e as principais referências na formatação da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Ao finalizar todo o processo de construção, a cartilha foi impressa em frente e verso, com tinta colorida, em papel ofício tamanho A4, com orientação de página no formato paisagem e manuseio tipo livreto, com dimensões de 148 x 210 mm, num total de 44 páginas (partes externas e internas) e encadernada no formato tipo brochura grampeado.

A cartilha foi formatada de forma a conter um número de página múltiplo de quatro, visto que, em sua versão impressa, seria utilizado a frente e o verso das folhas. Todas as páginas da cartilha foram contadas sequencialmente, porém a numeração em algarismos arábicos foi utilizada a partir da primeira página textual, na sua margem inferior.

A cartilha passou por três versões, de acordo com as etapas metodológicas do estudo (Figura 10).

**Figura 10** - Processo de Construção da Cartilha de acordo com as etapas metodológica do estudo.



Fonte: Elaborado pela autora.

#### 5.4 Validação de conteúdo da cartilha educativa com juízes profissionais de saúde

A validação de conteúdo da cartilha foi realizada por onze juízes selecionados com base nos critérios citados na metodologia, oito do sexo feminino e três do sexo masculino, sendo nove enfermeiros (81,8%), dois doutores (18,2%), cinco mestres (45,5%) e dois especialistas (18,2%); um psicólogo mestre (9,1%); e um educador físico especialista (9,1%) (Tabela 5). A idade média dos juízes foi de 43 anos, variando de 31 a 64 anos ( $DP \pm 9$  anos) (Tabela 6). A análise descritiva da caracterização dos juízes profissionais de saúde está descrita na Tabela 5.

A inclusão de diferentes profissionais na avaliação de matérias educativos na área da saúde é recomendada por Echer (2005), com o objetivo de valorizar as opiniões e enfoques diversos sobre o mesmo tema.

A inclusão do psicólogo e do educador físico no processo de validação foi considerado relevante devido ao fato desses dois profissionais atuarem na área da saúde e por serem pessoas acometidas pela lesão medular, um com tetraplegia e outro com paraplegia. A apreciação da cartilha educativa por estes juízes é de grande valia pelo fato deles conhecerem a fundo os comprometimentos da lesão medular e os vivenciarem no seu dia a dia.

**Tabela 5** – Análise descritiva dos dados de caracterização dos juízes profissionais da saúde. Fortaleza, 2017.

<b>Características</b>	<b>n = 11</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	8	72,7
Masculino	3	27,3
<b>Formação</b>		
Enfermagem	9	81,8
Psicologia	1	9,1
Educação Física	1	9,1
<b>Titulação</b>		
Doutorado	2	18,2
Mestrado	6	54,5
Especialização	3	27,3
<b>Área de atuação profissional</b>		
Assistência em Saúde	4	36,3
Assistência em Reabilitação	3	27,3
Docência	3	27,3
Psicologia	1	9,1
<b>Experiência na docência</b>		
Sim	9	81,8
Não	2	18,2
<b>Experiência docente por nível de ensino</b>		
Superior	8	72,7
Médio	1	9,1
Não se aplica	2	18,2
<b>Participação em grupos/projetos</b>		
<b>Sim</b>	9	81,8
Não	2	18,2
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Dados gerados pela autora.

Com relação à atuação profissional dos juízes, nove eram enfermeiros (81,8%), dois doutores (18,2%), cinco mestres (45,5%) e dois especialistas (18,2%); um educador físico mestre (9,1%); e um psicólogo especialista (9,1%).

Com relação à área de atuação profissional, quatro enfermeiros (36,3%) tinham experiência na assistência de enfermagem em neurologia/ lesão medular no Instituto Doutor José Frota, hospital público de urgência e emergência traumatológica referência Norte e Nordeste no tratamento da lesão medular; três enfermeiros (27,3%) tinham experiência na reabilitação em neurologia/ lesão medular no Hospital Sarah Kubitschek referência nacional em reabilitação neurológica; três juízes (27,3%) eram docentes do ensino superior com experiência acadêmica e científica na área da neurologia/lesão medular, um era enfermeiro e professor da área de enfermagem na graduação e pós-graduação *stricto sensu*, um era enfermeiro e professor/coordenador do curso de graduação em enfermagem, e um era educador físico e professor nos cursos de graduação em educação física e enfermagem, os três lecionavam em universidades privadas; um juiz era psicólogo com experiência na área da psicologia e

*Coaching* corporativo e motivacional com publicações na área da neurologia/lesão medular (Tabela 5).

O tempo médio de formação dos juízes foi de 18 anos, variando de 2 a 40 anos (DP  $\pm$  13 anos). E o tempo médio de atuação na área de interesse da neurologia/lesão medular foi de 15 anos, variando de 2 a 38 anos (DP  $\pm$  10 anos) (Tabela 6).

**Tabela 6** – Análise descritiva das variáveis quantitativas dos juízes profissionais de saúde. Fortaleza, 2017.

Variáveis quantitativas	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade	43,8	9,5	31	41	64
Tempo de formação acadêmica	18,8	13,2	2	15	40
Tempo de experiência profissional	15,6	10,8	2	12	38

Fonte: Dados gerados pela autora.

Com relação a experiência docente, destacamos: seis juízes tinham titulação *stricto sensu* na área de enfermagem neurológica/ lesão medular; nove juízes (81,8%) tinham experiências na área da docência, sendo oito no ensino superior (72,7%), e já haviam orientado monografia (54,5%), dissertação (18,2%) ou tese (9,1%); (Tabela 5 e 7).

**Tabela 7** – Análise descritiva dos dados da produção científica dos juízes profissionais da saúde. Fortaleza, 2017.

Produção científica	n = 11	%
<b>Orientação de tese</b>		
Não	10	90,9
Sim	1	9,1
<b>Orientação de dissertação</b>		
Não	9	81,8
Sim	2	18,2
<b>Orientação de monografia</b>		
Não	5	45,5
Sim	6	54,5
<b>Artigos publicados</b>		
Não	1	9,1
Sim	10	90,9
<b>Resumo publicados</b>		
Sim	11	100,0
<b>Publicação de pesquisa</b>		
Lesão Medular	4	36,4
Lesão Medular/Neurologia	4	36,4
Outros	3	27,3
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Dados gerados pela autora.

Quanto à participação dos juízes em grupos de pesquisa e produção científica, evidenciamos: nove juízes (81,8%) participavam ou já haviam participado de grupos de pesquisa na área de interesse do estudo; dez juízes (90,9) possuíam artigos científicos publicados em periódicos; todos já haviam apresentados resumos de pesquisa em eventos científicos (100%), nas áreas de neurologia (36,4%), lesão medular (36,4%), dentre outras (27,3%).

De acordo com os dados apresentados na tabela 7, pôde-se inferir que os juízes possuíam conhecimento e experiência comprovados na temática da cartilha, seguindo as recomendações de Oliveira, Fernandes e Sawada (2008), as quais afirmam que a tarefa dos juízes, na validação de conteúdo, é ajuizar se os itens avaliados estão se referindo ou não ao propósito do instrumento em questão; para isso, é necessária apresentar experiência na área do conteúdo.

Com relação à validação de conteúdo da cartilha, os juízes receberam um instrumento de avaliação composto por 50 itens, distribuídos da seguinte forma: 1) 46 itens correspondiam aos oito aspectos avaliativos da cartilha, distribuídos em: objetivo, conteúdo, linguagem, relevância, ilustrações, layout, motivação e cultura), com cinco opções de resposta cada item: discordo totalmente, discordo, não discordo nem concordo, concordo e concordo totalmente; 2) três itens sobre a avaliação da clareza, da relevância e do grau de relevância dos principais assuntos da cartilha, com duas opções de resposta para a clareza e relevância e quatro para o grau de relevância; 3) um item correspondia ao parecer final da cartilha educativa, com quatro opções de respostas: aprovado, aprovado com modificações, reprovado com qualidades e reprovado.

Assim, foi calculado o IVC para cada item da cartilha, o S-CVI/UA para cada aspecto da cartilha (corresponde à média do IVC dos itens de cada aspecto), o S-CVI/AVE para a cartilha como um todo (corresponde à média global do IVC de todos os itens dos aspectos) e aplicado o teste binomial. Para melhor entender o fenômeno de estudo, recorreremos da análise descritiva de tabelas e gráficos, a fim de encontrar possíveis padrões nos dados coletados, além de facilitar o entendimento. Os dados obtidos em cada aspecto de validação são apresentados na tabela 8.

**Tabela 8** – Distribuição da concordância entre juízes da validação de conteúdo da cartilha educativa. Fortaleza, 2017 (continua).

Variáveis	n = 11	% *	IVC	P-valor**	S-CVI/UA
<b>1. Objetivos</b>					
1.1 Os objetivos são coerentes com as necessidades de educação em saúde da pessoa com lesão medular.	11	100,0	1,00	1,000	
1.2 O material educativo é uma ferramenta que pode ser utilizada no processo de educação em saúde da pessoa com lesão medular.	11	100,0	1,00	1,000	
1.3 O material educativo é capaz de promover reflexão sobre a reorganização da sexualidade e atividade sexual de pessoas com lesão medular.	11	100,0	1,00	1,000	0,98
1.4 As informações contidas no material educativo podem promover mudança de comportamento e atitude.	10	90,9	0,91	0,833	
1.5 O material educativo poderá ser utilizado como material de apoio ou suplementar na educação em saúde da pessoa com lesão medular.	11	100,0	1,00	1,000	
<b>2. Conteúdo</b>					
2.1 O material educativo é apropriado para pessoa com lesão medular.	11	100,0	1,00	1,000	
2.2 O material educativo oferece informações sobre a reorganização da sexualidade e atividade sexual da pessoa com lesão medular.	11	100,0	1,00	1,000	
2.3 O material educativo ressalta a importância da reorganização da sexualidade e atividade sexual da pessoa com lesão medular.	11	100,0	1,00	1,000	0,93
2.4 O texto está apresentado de forma clara e objetiva.	7	63,6	<b>0,64</b>	<b>0,069</b>	
2.5 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	11	100,0	1,00	1,000	
2.6 Os conteúdos são variados e suficientes para atingir os objetivos do material educativo.	11	100,0	1,00	1,000	
2.7 Existe uma sequência lógica do conteúdo apresentado.	9	81,8	<b>0,82</b>	<b>0,508</b>	
2.8 A divisão dos títulos e subtítulos do material são pertinentes.	10	90,9	0,91	0,833	
2.9 As ideias chaves (trechos em destaque) são pontos importantes e merecem destaque.	11	100,0	1,00	1,000	
<b>3. Linguagem</b>					
3.1 As informações apresentadas são claras e compreensíveis, considerando o nível de experiência do público-alvo.	6	54,5	<b>0,55</b>	<b>0,016</b>	
3.2 O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	7	63,6	<b>0,64</b>	<b>0,069</b>	0,74
3.3 As informações estão bem estruturadas.	8	72,7	<b>0,73</b>	<b>0,221</b>	
3.4 As informações estão em concordância com a ortografia.	7	63,6	<b>0,64</b>	<b>0,069</b>	
3.5 A escrita utilizada é atrativa.	11	100,0	1,00	1,000	
3.6 O título do material educativo é interessante e adequado.	10	90,9	0,91	0,833	
<b>4. Relevância</b>					
4.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados durante consultas e/ou reabilitação.	11	100,0	1,00	1,000	
4.2 O material permite a transferência e generalizações do aprendizado a diferentes contextos (hospitalar e domiciliar).	11	100,0	1,00	1,000	

**Tabela 8** – Distribuição da concordância entre juízes da validação de conteúdo da cartilha educativa. Fortaleza, 2017 (conclusão).

Variáveis	n = 11	% *	IVC	P-valor**	S-CVI/UA
4.3 O material educativo propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado.	11	100,0	1,00	1,000	
4.4 O material educativo aborda os assuntos necessários para a pessoa com lesão medular.	11	100,0	1,00	1,000	1,00
4.5 O material educativo está adequado para ser utilizado por qualquer profissional da área da saúde.	11	100,0	1,00	1,000	
4.6 O material educativo está adequado e pode ser utilizado como um instrumento mediador em educação em saúde.	11	100,0	1,00	1,000	
4.7 O tema é atual e relevante.	11	100,0	1,00	1,000	
<b>5. Ilustrações</b>					
5.1 As ilustrações utilizadas são pertinentes com o conteúdo do material.	11	100,0	1,00	1,000	
5.2 As ilustrações expressam a informação que se pretendeu transmitir, sendo de fácil compreensão.	10	90,9	0,91	0,833	
5.3 O número de ilustrações está suficiente.	10	90,9	0,91	0,833	
5.4 As legendas das ilustrações estão adequadas e auxilia o leitor a compreender a imagem.	11	100,0	1,00	1,000	0,94
5.5 Os personagens são carismáticos (empáticos).	10	90,9	0,91	0,833	
5.6 A apresentação dos personagens e situações são suficientes.	11	100,0	1,00	1,000	
5.7 Os personagens são semelhantes à realidade do público-alvo, o qual o material educativo se propõe.	9	81,8	<b>0,82</b>	<b>0,508</b>	
<b>6. Layout</b>					
6.1 A apresentação do material educativo está atrativa.	10	90,9	0,91	0,833	
6.2 A apresentação do material educativo está organizada de forma lógica.	10	90,9	0,91	0,833	
6.3 O conteúdo está apresentado com letra em tamanho e fonte adequados para a leitura.	9	81,8	<b>0,82</b>	<b>0,508</b>	
6.4 O tipo de letra utilizado facilita a leitura do material.	10	90,9	0,91	0,833	0,89
6.5 O contraste com cores diferentes foi feito de forma adequada.	9	81,8	<b>0,82</b>	<b>0,508</b>	
6.6 A disposição do texto está adequada.	10	90,9	0,91	0,833	
6.7 O papel da impressão do material está apropriado.	10	90,9	0,91	0,833	
6.8 O número de páginas está adequado.	10	90,9	0,91	0,833	
<b>7. Motivação</b>					
7.1 O título é atraente e desperta interesse para a leitura.	10	90,9	0,91	0,833	
7.2 O conteúdo desperta interesse para a leitura.	11	100,0	1,00	1,000	0,97
7.3 O conteúdo é motivador e incentiva o leitor a prosseguir a leitura.	11	100,0	1,00	1,000	
<b>8. Cultura</b>					
8.1 O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.	7	63,6	<b>0,64</b>	<b>0,069</b>	<b>0,64</b>

Fonte: Dados gerados pela autora. \*Percentual de concordância. \*\*Teste Binomial. Hipótese IVC  $\geq 0,85$

Na avaliação dos objetivos da cartilha, todos os itens tiveram uma proporção elevada e foram considerados estatisticamente significantes com uma proporção de concordância entre os juízes superior a 85% ( $p > 0,10$ ) (Tabela 8).

Neste aspecto, os juízes discutiram sobre a utilização da cartilha e fizeram uma ressalva sobre a formulação da indagação do item 1.4, veja abaixo:

*“Tanto que concordo com utilização do material, que durante a leitura pensava em divulgar com meus alunos para empoderá-los sobre a temática” (Docente do curso de graduação em enfermagem) (Juiz 5)*

*“Poderá promover mudanças. Isso só será observado após aplicação da cartilha”. (Comentário do item 1.4) (Juiz 7)*

*“No item 1.4 poderá promover, ficaria mais adequado, pois não podemos fazer essa afirmação”. (Comentário do item 1.4) (Juiz 11)*

A sugestão foi acatada e o item 1.4 foi modificado, anteriormente a frase estava escrita da seguinte forma: “As informações contidas no material educativo promove mudança de comportamento e atitude”, sendo alterada para: “As informações contidas no material educativo podem promover mudança de comportamento e atitude”.

Na avaliação dos objetivos da cartilha, na maioria dos itens, o IVC foi de pelo menos 0,91, indicando excelente grau de concordância entre os juízes. No entanto, os itens 2.4 e 2.7 obtiveram IVC de 0,64 ( $p=0,069$ ) e 0,82 ( $p=0,508$ ), respectivamente, sendo considerado não estatisticamente significantes por estarem abaixo do valor de referência (0,85), portanto, foi observado as sugestões dos juízes nestes itens e posteriormente, foram realizados ajustes à primeira versão da cartilha conforme veremos mais adiante. Porém, o S-CVI/UA do aspecto conteúdo (S-CVI/UA) foi de 0,93 sendo considerado estatisticamente significantes com uma proporção de concordância entre os juízes superior a 85% ( $p > 0,05$ ) (Tabela 8).

Neste aspecto, os juízes discutiram sobre a sequência lógica de apresentação dos capítulos, principalmente daqueles relacionados à sexualidade e função sexual, veja abaixo:

*“A sequência lógica está afetada na minha opinião quando a palavra lesão medular não está definida logo na primeira página. Acho que deveria ser logo a definição de lesão medular para se entender o efeito na sexualidade. Usar o termo cadeirante (não sei se é esse o termo atual) porque o termo tetraplegia e paraplegia não ficou bem claro para um público leigo”. (Juiz 10)*

*“Logo no início seria pertinente definir o que seria lesão medular, pois ela só é definida no item 2.0. A classificação da lesão medular poderia ser de forma de entendimento mais simples”. (Juiz 10)*

*“Reformular a frase do item 3 da página 12” (Capítulo 2.2 -Alteração na função sexual). (Juiz 1)*

*“Marquei “concordo” no item 2.5 porque acho que você poderia classificar a ereção somente como psicogênica e reflexa. A ereção dita espontânea parece ser a mesma coisa da reflexa” (Comentário do item 2.5) (Juiz 9)*

*“Sugiro pôr o capítulo da promoção da atividade sexual na frente do capítulo das disfunções sexuais. Incluir a importância da sexualidade na vida das pessoas”.* (Juiz 1)

Quanto a sexualidade, os conceitos e as classificações sobre lesão medular foram ajustados, no entanto, a ordem dos capítulos foram mantidas, uma vez que a sexualidade prevalece sobre a lesão medular, pois a sexualidade é um aspecto próprio do comportamento humano e que existe independentemente da pessoa ter ou não uma deficiência e por isso ele foi abordado no primeiro capítulo, e que a sexualidade valia além da função e atividade sexual; a inversão dos capítulos poderia dar a entender ao leitor que a sexualidade depende da lesão medular quando na verdade a sexualidade é afetada principalmente por conta das alterações na função sexual e atividade sexual decorrentes dos comprometimentos funcionais da lesão medular.

Outro conteúdo bastante discutido entre os juízes foi sobre a disreflexia autonômica, veja os relatos abaixo:

*“Rever o contexto da disreflexia autonômica na cartilha”* (Juiz 4)

*“Alguns textos não estão apresentados de forma clara porque estão com uma linguagem científica. Disreflexia autonômica está deslocado do contexto na minha opinião e as informações são geradoras de medo (que pode ser fator impeditivo para o alcance dos objetivos da cartilha), exemplo: Arritmias cardíacas; Infarto; Edema de pulmão; Convulsões; Hemorragias Cerebrais (AVC); Coma; Morte, além do não entendimento dos termos”.* (Juiz 10)

*“Acho que o termo disreflexia autonômica está deslocado e parece uma “parede de gelo”, pois transmite medo e insegurança clínica. Acho dispensável (fica contendo muita informação). Caso seja colocado deveria ter alguma articulação com a sexualidade e explicado de forma mais clara”* (Juiz 10)

*“Nas páginas 33, 34 e 35 foi falado de um aspecto muito importante a disreflexia, porém não fez reflexão com a sexualidade. Ficou como subitem do 6. Promoção da atividade sexual.... Na página 35, outras causas de disreflexia, colocaria junto a tabela (página 35)”.* (Juiz 11)

Quanto ao conteúdo da disreflexia autonômica este foi reestruturado sendo acrescentado diagrama e ilustrações para explicar os conceitos; modificado o quadro que explica as causas da disreflexia autonômica com destaque para as causas relacionadas aos problemas sexuais e reprodutivos; e também foram estabelecidas conexões com este assunto nos demais capítulos.

Quanto à linguagem utilizada na cartilha, quatro itens obtiveram IVC abaixo de 85%, sendo considerados estatisticamente não significantes, estes itens tratam: da clareza e compreensão (IVC= 0,55), do estilo de redação (IVC= 0,64), da estruturação (IVC= 0,73) e concordância ortográficas (IVC= 0,64) das informações contidas na cartilha, nestes aspectos,

as principais considerações foram sobre a utilização de termos científicos, siglas e alguns pequenos erros de ortografia, como pode ser observado nos relatos a seguir:

*“Alguns pontos sinalizados na cartilha, como acentuação e uso da sigla AVE foram meus destaques de discordância, mas no restante concordo”.* (Comentário do item 3.4) (Juiz 5)

*“Rever alguns termos técnicos (exemplo: vasocongestão vaginal)”.* (Juiz 7)

*“Rever termos técnicos adequando ao público-alvo (exemplo página 3)”.* (Juiz 8)

*“Marquei “concordo” no item 3.4 por causa da acentuação do pronome “quê”. Acho que poderia verificar a ortografia desse pronome porque acho que não tem acento nos casos aplicados. Não seria melhor substituir o termo fertilização por fertilidade?”* (Comentário do item 3.4) (Juiz 9)

*“Rever erros de grafia”.* (Juiz 7)

*“Revisar erros de grafia”.* (Comentário do item 2.4) (Juiz 8)

*“Na página 19, colocar a sigla SUS com sua descrição, colocar Sistema Único de Saúde. Na página 17, onde fala o nome da medicação, poderia colocar apenas medicação, ou seja, retirar a marca da medicação. Na página 33, descrever a sigla AVC ou AVE (Acidente Vascular Encefálico)”.* (Juiz 11)

*“O público-alvo pode não ter entendimento de alguns termos como: VÉRTEBRA, MEDULA etc”.* (Juiz 10)

Esses aspectos foram revisados: foi corrigido os erros ortográficos e de retiradas as siglas, também foram substituídos alguns termos científicos, como: “vértebra” por “coluna vertebral” (página 10 da cartilha), “fertilização” por “fertilidade” (página 22 da cartilha); mas o termo “vasocongestão vaginal” (página 23), foi mantido pois não foram encontrados termos populares que pudessem substituí-lo adequadamente, porém, este termo é explicado no texto, de acordo com as recomendações de Moreira, Nóbrega e Silva que esclarecem que a utilização de termos técnicos e científicos deve ser limitada, mas quando indispensáveis, devem ser explicados com linguagem que o leitor possa entender.

Outra preocupação dos juízes foi em relação a capacidade de compreensão da cartilha pelo público-alvo, como pode ser observado nos relatos a seguir:

*“Muitos pacientes têm baixo nível educacional e alguns termos como laqueadura, tenho dúvidas se compreendem”.* (Juiz 4).

*“Não podemos afirmar o nível de experiência do público-alvo, vai variar muito, bem como o nível de alfabetização / compreensão das informações. (Comentário ao item 3.1). Na mesma forma, o nível de conhecimento do público-alvo, também vai variar muito”.* (Comentário ao item 3.2) (Juiz 11)

*“O material está bom de fácil compreensão e leitura mesmo para as pessoas menos letradas, apesar de ter 42 páginas, a leitura é rápida porque a letra é grande e tem muitas ilustrações que facilitam a compreensão”.* (Juiz 1)

Com relação à relevância, houve uma concordância de 100% em todos os itens deste aspecto, atingindo um S-CVI/AU de 1,00 ( $p=0,167$ ), isso representa um resultado bastante significativo estatisticamente. Veja os relatos a seguir:

*“A cartilha é muito relevante, principalmente para quem acabou de ser acometido pela lesão*

*“Sugeri divulgar as informações também através de outros veículos de informação como a internet” (Juiz 2)*

*“Que este material alcance ao público-alvo que é muito carente” (Juiz 3)*

*“Material muito bom”. (Juiz 4)*

*“Nem sempre consegue ser falado, então poderia usar outro termo no questionário (substituir: devem ser reforçados) (Comentário do item 6.6). Na reabilitação procuramos o momento certo, nem sempre é abordado junto com o acompanhante/ esposo / esposa”. (Juiz 11)*

A maioria dos comentários relativos à relevância da cartilha educativa foram bastante positivos. No entanto, um juiz (Juiz 11) embora concorde com a relevância da temática da cartilha educativa, fez uma observação em relação ao momento mais apropriado para abordar a temática da sexualidade com a pessoa com lesão medular durante o processo de reabilitação, de acordo com sua experiência profissional em reabilitação deste público, o juiz relata que nem sempre a sexualidade é abordada com o paciente, que é necessário o momento certo do paciente e que nem sempre o companheiro é incluso nesta intervenção.

Quanto as ilustrações, a maioria dos itens obtiveram índice de concordância entre os juízes superior à 85%, apenas quanto a semelhança das ilustrações com a realidade do público-alvo é que foi obtido um índice um pouco inferior ao esperado (IVC=0,82). Nestes aspectos foram feitas algumas considerações sendo todas acatadas pela autora. Abaixo são apresentados os relatos sobre as ilustrações:

*“...tem muitas ilustrações que facilitam a compreensão”. (Juiz 1)*

*“Quanto mais ilustrativo for mais atingirá o público, mas entendo que o assunto é complexo e muitas vez é necessário o conteúdo para esclarecer”. (Comentário do item 5.3). Na página 16, colocar a legenda explicando o ‘pênis flácido’.” (Juiz 5)*

*“Na página 12, na figura onde indica centro medular pode confundir”. (Juiz 11)*

*“As figuras estão embutidas ‘corridas’ com o texto, acho que precisa melhorar a formatação neste aspecto. E mudar o tamanho ou tipo da fonte das legendas”. (Juiz 4).*

Quanto ao *layout*, a maioria dos itens obtiveram índice de concordância entre os juízes superior à 85%, apenas os itens referentes relacionados ao tamanho das letras de algumas legendas, aos contrastes de cores de letras e às caixas de texto obtiveram índices igual a 0,82. Mas também, os juízes fizeram outras recomendações, embora eles não tenham considerados algo que comprometessem a avaliação geral sobre o *layout*. As recomendações foram bastante pertinentes, sendo realizados os ajustes necessários. A seguir são apresentados os relatos sobre o *layout*:

*“Sugiro alinhar as caixas de texto e justificar os títulos e subtítulos, isso deixaria uma aparência mais organizada”.* (Juiz 1)

*“Em alguns textos destaquei a necessidade de colocar as frases no padrão justificado para que visualmente fiquei mais organizado”.* (Comentário do item 6.6) (Juiz 5)

*“Na página 11, rever cor de contraste entre paraplegia e tetraplegia completa e incompleta, pois a cor laranja escuro é muito próxima do laranja claro e este é próximo da cor branca; branco e laranja claro é pouco perceptível na página em branco”.* (Juiz 6)

*“Rever organização textual (página 8, 9 e 11). Rever alguns textos de destaque e distribuição de cores (nos quadros). Alguns parágrafos apresentam falta de espaçamento (páginas 8 e 9). Rever espaçamento de alguns textos, pois pode confundir a leitura”.* (Juiz 7)

*“Revisar organização textual. Na página 11, rever alguns textos de destaque e distribuição de cores. Rever espaçamento de alguns textos. Pode confundir a leitura. Alguns parágrafos precisam ser revistos pois apresentam erros de espaçamento”* (Juiz 8)

*“Na página 11, no quadro, sugiro dividir na horizontal por cores para mostrar a correspondência da informação da coluna um com a coluna dois, melhora a compreensão do leitor. Sugiro também mudar a cor das palavras completa e incompleta, poderia ser na cor verde (página 11)”.* (Comentário do item 6.5) (Juiz 11)

Ainda em relação ao *layout*, o item 6.8 questiona se a quantidade de páginas da cartilha educativa está adequada. Dois juízes comentaram este aspecto:

*“Poderia pensar em diminuir o conteúdo escrito, número de páginas ou alguma figura que só retrata o paciente conversando com outro. Sei da grande importância do conteúdo, mas considero extenso 39 páginas, tendo em vista que atendemos pessoas simplórias e em alguns casos semianalfabetas e iletradas. Por exemplo, só sobre a disreflexia autonômica foram três páginas”.* (Comentário do item 6.8) (Juiz 8)

*“Apesar de ter 42 páginas, a leitura é rápida porque a letra é grande e tem muitas ilustrações que facilitam a compreensão. E para aquelas pessoas com menor escolaridade que dificilmente buscariam outras fontes, a cartilha está bem objetiva, tem de tudo um pouco, e para os que tiverem maior interesse sobre o assunto podem buscar outras fontes...afinal é uma cartilha e deve ser objetiva e se houvesse mais texto corre o risco de desmotivar a leitura”.* (Juiz 1)

Como descrito anteriormente no capítulo sobre a construção do conteúdo da cartilha, esta tornou relativamente extensa devido à complexidade e diversidade de assuntos abordados relativos à sexualidade da pessoa com lesão medular.

Um fator que contribuiu para a extensão do material educativo foi o processo metodológico utilizado para o desenvolvimento da cartilha que envolveu a pesquisa documental em *blogs* e a revisão de literatura sobre a sexualidade, função e atividade sexual da pessoa com lesão medular.

Quanto à motivação, todos os itens obtiveram índice de concordância entre os juízes superior à 85%, sendo uma concordância bastante significativa. Mesmo assim, foram feitas

algumas sugestões neste aspecto, como a necessidade de rever o subtítulo da cartilha e incluir textos que estimulem a continuação da leitura. Veja abaixo os comentários:

*“Modificar o subtítulo da cartilha para: o que você precisa saber?”* (Juiz 1)  
*“Incluir frases que convidem o leitor a prosseguir a leitura”.* (Juiz 1)  
*“Acredito que quando há fala dos personagens, o conteúdo fica mais atrativo”*  
 (Comentário do item 7.1) (Juiz 5)  
*“Rever subtítulo”.* (Comentário do item 7.1) (Juiz 7)  
*“Rever subtítulo”.* (Comentário do item 7.1) (Juiz 8)

Em relação ao subtítulo da cartilha, foi acatada a sugestão do juiz 1 e a cartilha passou da titulação “Sexualidade na lesão medular: o que você gostaria de saber?” para “Sexualidade na lesão medular: o que você precisa de saber!”, essa alteração trouxe uma voz mais ativa ao texto. E alguns subcapítulos foi introduzido com frases interrogativas com vistas a estimular a reflexão. Não foram introduzidas falas de personagens ao texto, porque não foram estabelecidos personagens específicos, pois o objetivo das ilustrações foi retratar as ações esperadas e a diversidade do público-alvo. Nas páginas 8, 11, 15, 22, 23, 31 da cartilha existem frases que estimulam o leitor a prosseguir a leitura, pode ser que elas não tenham sido percebidas pelo juiz 1 pois elas foram destacadas do texto da mesma forma que as frases de impacto, utilizando do *layout* em caixa de texto de fundo azul claro e letra azul-escuro.

Quanto à cultura, foi obtido um IVC de 0,64 ( $p=0,069$ ), sendo considerado um aspecto discordante entre os juízes, embora mais da metade dos juízes tenham julgado apropriado. Veja abaixo os comentários sobre os aspectos culturais da cartilha:

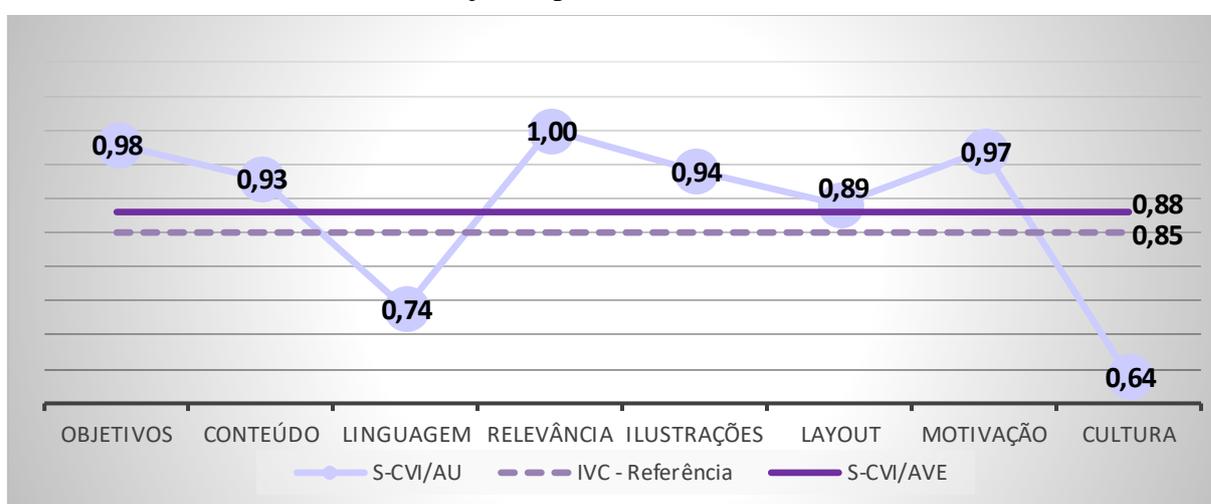
*“O material está bom de fácil compreensão e leitura mesmo para as pessoas menos letradas”.* (Juiz 1)  
*“A falta de letramento aqui no Ceará me deixa dúvidas”.*  
*“Rever termos científicos”.* (Juiz 7)  
*“Rever termos técnicos, adequado ao público-alvo”.* (Juiz 8)  
*“Há muitos termos que precisam ser esclarecidos por um profissional de saúde. Ex.: ereção psicogênica, reflexa, dentre outros”* (Juiz 9)  
*“Alguns termos foram usados de forma acadêmica ex: a lesão medular é um dano causado a medula espinhal (essa frase não explicativa e nem é esclarecedora para um público leigo); o termo danos neurológicos; vértebra (poderia falar que vértebra é um osso) etc.”* (Juiz 10).  
*“O público vai variar muito, fica subjetivo (sociocultural) entendo que seriam adultos com lesão medular e disfunção sexual/eréteis, que já tiveram relação sexual ou pretenderter”.* (Juiz 11).

Os aspectos culturais destacados pelos juízes estão correlacionados adequação da linguagem ao nível de letramento do público-alvo. Embora, este tenha sido uma das principais preocupações da autora ao desenvolver o conteúdo da cartilha buscando atender as recomendações da literatura pertinentes aos aspectos didáticos ligados à comunicação verbal e

visual, ainda assim foi um aspecto bastante observado pelos juízes dado a grande importância que ele representa. As principais indagações foram sobre a utilização dos termos técnico-científicos que já foram descritos anteriormente. Então, a expectativa quanto a compreensão da linguagem após os reajustes foi correspondida na validação de aparência com o público-alvo.

A seguir é apresentado um gráfico com a comparação do S-CVI/UA e S-CVI/AVE em relação ao padrão adotado como adequado para o IVC da validação com os juízes de conteúdo da cartilha ( $IVC \geq 0,85$ ) (Gráfico 1).

**Gráfico 1** – Distribuição dos S-CVI/UA e S-CVI/AVE quanto os aspectos da validação de conteúdo da cartilha educativa com juízes profissionais de saúde. Fortaleza, 2017.



Fonte: Dados gerados pela autora.

O S-CVI/AVE foi obtido através da média do S-CVI/UA dos aspectos e representa o IVC global da validação de conteúdo, sendo obtido um S-CVI/AVE = 0,88, valor superior a concordância mínima estipulada de 85% (Gráfico 1). Portanto, podemos afirmar que a cartilha alcançou o padrão-ouro ao final da validação com juízes profissionais da saúde. Este resultado também foi respaldado quando avaliado individualmente cada capítulo de conteúdo da cartilha quanto à clareza, relevância e grau de relevância, obtendo-se um S-CVI/AVE de 0,99 (Tabela 9).

**Tabela 9** – Distribuição da concordância entre os juízes sobre a clareza, relevância e grau de relevância do conteúdo da cartilha educativa. Fortaleza, 2017.

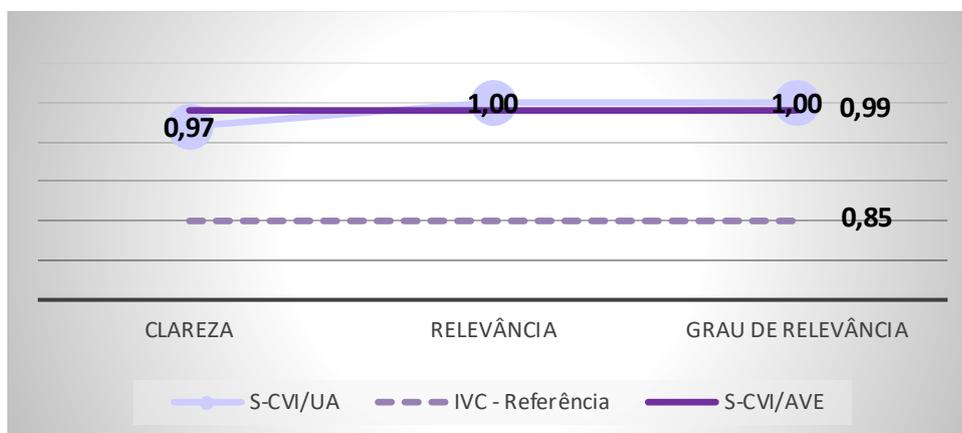
Variáveis	n = 11	% *	IVC	P-valor**	S-CVI/UA
<b>1. Clareza</b>					
1.1 Expressão da sexualidade e alterações da função sexual da pessoa com lesão medular.	10	90,9	<b>0,91</b>	<b>0,833</b>	
1.2 Tratamentos das disfunções sexuais masculina e feminina na lesão medular	11	100,0	1,00	1,000	0,97
1.3 Promoção da atividade sexual saudável e satisfatória da pessoa com lesão medular	11	100,0	1,00	1,000	
<b>2. Relevância</b>					
2.1 Expressão da sexualidade e alterações da função sexual da pessoa com lesão medular.	11	100,0	1,00	1,000	
2.2 Tratamentos das disfunções sexuais masculina e feminina na lesão medular	11	100,0	1,00	1,000	1,00
2.3 Promoção da atividade sexual saudável e satisfatória da pessoa com lesão medular	11	100,0	1,00	1,000	
<b>3. Grau de relevância</b>					
3.1 Expressão da sexualidade e alterações da função sexual da pessoa com lesão medular.	11	100,0	1,00	1,000	
3.2 Tratamentos das disfunções sexuais masculina e feminina na lesão medular	11	100,0	1,00	1,000	1,00
3.3 Promoção da atividade sexual saudável e satisfatória da pessoa com lesão medular	11	100,0	1,00	1,000	
<b>S-CVI/AVE</b>					<b>0,99</b>

Fonte: Dados gerados pela autora. \*Percentual de concordância. \*\*Teste Binomial. Hipótese IVC  $\geq 0,85$

Com relação à clareza, relevância e grau de relevância dos assuntos abordados na cartilha educativa, a maioria dos IVCs obtidos foi de 1,00 ( $p=1,00$ ), houve apenas uma pequena discordância quanto à clareza do capítulo que trata da expressão da sexualidade e alterações da função sexual da pessoa com lesão medular, cujo IVC foi 0,91 ( $p=0,83$ ). Portanto, todos os assuntos tratados na cartilha foram considerados de grande relevância pelos juízes (Tabela 9).

O gráfico 2 mostra que o S-CVI/UA dos aspectos clareza (S-CVI/UA = 0,97), relevância (S-CVI/UA = 1,00) e grau de relevância (S-CVI/UA = 1,00) estão bem acima do padrão estabelecido (IVC  $> 0,85$ ), evidenciando uma concordância estatisticamente significativa.

**Gráfico 2** – Distribuição dos S-CVI/UA e S-CVI/AVE quanto a validação da clareza, relevância e grau de relevância dos assuntos da cartilha educativa por juízes profissionais de saúde. Fortaleza, 2017.



Fonte: Dados gerados pela autora.

Além do teste binomial para avaliar a confiabilidade estatística da concordância entre os juízes profissionais de saúde, foram aplicados mais dois testes, o Alfa de Cronbach e o Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC) para avaliar a consistência interna do instrumento aplicado na validação de conteúdo, sendo adotado o nível de significância estatística de 5%.

**Tabela 10** - Avaliação da confiabilidade interna do instrumento de validação de conteúdo, segundo os aspectos avaliativos da cartilha educativa. Fortaleza, 2017

Seção	Critério	Alfa	Medida Intraclasse	
			Correlação	P-Valor
1	Objetivos	0.647	0.716	<b>0.018</b>
2	Conteúdo	0.682	0.168	0.292
3	Linguagem	0.811	0.558	<b>0.022</b>
4	Relevância	0.733	0.001	0.911
5	Ilustrações	0.945	0.306	0.105
6	Layout	0.797	0.001	0.857
7	Motivação	0.822	0.444	0.178
9	Grau de Relevância	0.909	0.222	0.142
<b>Total</b>		<b>0.917</b>	<b>0.961</b>	<b>0.001</b>

Fonte: Dados gerados pela autora.

Na tabela 10 observamos que o instrumento de validação do conteúdo produziu boa confiabilidade interna (Alfa), variando entre os valores de 0,64 até 0,94, portanto encontrando-se numa boa faixa de classificação. Logo, esse instrumento pode ser replicado para outros estudos. Como podemos observar na tabela 9, não foi possível calcular os domínios de Clareza e Relevância dos assuntos abordados na cartilha, pois não houve variabilidade, uma vez que todos os juízes escolheram a mesma resposta.

Sobre o Coeficiente Intraclasse percebe-se que houve poucos resultados significativos, apenas nas seções 1 e 3. Deve-se ao fato dessas duas seções terem certa variabilidade amostral permitindo que o teste estatístico seja aplicado, portanto, estatisticamente, existe concordância entre os 11 juízes nas seções 1 e 3. Os outros resultados não foram significativos, porém, não quer dizer que eles estejam em discordância, apenas não houve validade estatística, devido ao fato que os juízes nas outras seções apresentaram pouca variação entre os próprios juízes e entre os itens.

Porém, analisando a nível global, não levando em consideração as seções, permitindo aumentar a variabilidade interna dos dados, os resultados foram bem satisfatórios cuja correlação foi 0.961 ( $p=0,001$ ). Assim, a nível global os juízes estão produzindo resultados similares, ou seja, a concordância entre os juízes concentra-se nas respostas 4 e 5.

### 5.5 Validação de aparência da cartilha educativa com juízes *designer* gráfico

A validação dos aspectos técnicos da cartilha foi realizada por três juízes em *design* gráfico selecionados com base nos critérios citados anteriormente, todos eram do sexo masculino (100%) com média de idade de 26,7 anos, variando de 22 a 31 anos, com desvio-padrão de  $\pm 4,5$  anos; todos eram graduados nas áreas de Publicidade (33,3%), Publicidade e Propaganda (33,3%) e *Designer* Gráfico (33,3%). O tempo médio de atuação profissional foi de 8,3 anos, variando de 4 a 11 anos, com desvio-padrão de  $\pm 3,7$  anos, nas áreas de *Designer* (33,3%), *Web Designer* (33,3%) e Direção de criação (33,3%) (Tabelas 11 e 12).

**Tabela 11** – Análise descritiva das variáveis quantitativas dos juízes *designer* gráfico. Fortaleza, 2017.

Variáveis quantitativas	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
<b>Idade</b>	26,6	4,5	22	27	31
<b>Tempo de atuação profissional</b>	8,3	3,7	4	10	11

Fonte: Dados gerados pela autora.

**Tabela 12** – Análise descritiva dos dados de caracterização dos juízes em *designer* gráfico. Fortaleza, 2017.

Variáveis qualitativas	n = 3	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	3	100,0
<b>Formação</b>		
Designer Gráfico	1	33,3
Publicidade	1	33,3
Publicidade e Propaganda	1	33,3
<b>Titulação</b>		
Graduação	3	100,0
<b>Área de atuação profissional</b>		
Designer	1	33,3
Diretor de Criação	1	33,3
Web Designer	1	33,3
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Dados gerados pela autora.

Os juízes técnicos avaliaram o material de acordo com os seguintes aspectos: estrutura e apresentação, ilustração, *layout*, funcionalidade, usabilidade e eficiência da cartilha. O instrumento de validação dos aspectos técnicos foi composto por 28 itens. Assim, foi calculado o IVC para cada item, para cada aspecto (S-CVI/UA) e para a cartilha como um todo (S-CVI/AVE). Adotou-se um valor de IVC igual ou superior a 0,85, sendo referente à uma concordância de 85% entre os juízes. Os resultados são apresentados na tabela 13.

**Tabela 13** – Distribuição da concordância entre juízes da validação de aspectos técnicos da cartilha educativa. Fortaleza, 2017 (continua).

Variáveis	n = 3	% *	IVC	P-valor**	S-CVI/UA
<b>1. Estrutura e apresentação</b>					
1.1 Os conceitos estão apresentados de maneira clara e objetiva.	3	100,0	1,00	1,000	
1.2 Existe uma sequência lógica do conteúdo proposto.	3	100,0	1,00	1,000	0,89
1.3 A divisão dos títulos e subtítulos do material é pertinente.	3	100,0	1,00	1,000	
1.4 Os trechos em destaque são pontos importantes e merecem destaque.	3	100,0	1,00	1,000	
1.5 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	3	100,0	1,00	1,000	
1.6 As informações estão bem estruturadas e em concordância	3	100,0	1,00	1,000	
1.7 As informações estão em concordância com a ortografia.	2	66,7	<b>0,67</b>	<b>0,386</b>	
1.8 O texto utilizado mostra-se atrativo e estimula a continuação da leitura.	2	66,7	<b>0,67</b>	<b>0,386</b>	
1.9 A forma de apresentação do material educativo mostra-se criativa.	2	66,7	<b>0,67</b>	<b>0,386</b>	

**Tabela 13** – Distribuição da concordância entre juízes da validação de aspectos técnicos da cartilha educativa. Fortaleza, 2017 (conclusão).

Variáveis	n = 3	% *	IVC	P-valor**	S-CVI/UA
<b>2. Ilustração</b>					
2.1 As ilustrações utilizadas são pertinentes com o conteúdo do material educativo.	3	100,0	1,00	1,000	
2.2 As ilustrações expressam a informação que se pretendeu transmitir, sendo de fácil compreensão.	3	100,0	1,00	1,000	
2.3 O número de ilustrações está de acordo com o recomendado para um material educativo do tipo cartilha.	2	66,7	<b>0,67</b>	<b>0,386</b>	0,80
2.4 As legendas das ilustrações estão adequadas e auxilia o leitor a compreender a imagem.	3	100,0	1,00	1,000	
2.5 Os personagens ilustrados no material educativo exprimem originalidade.	1	33,3	<b>0,33</b>	<b>0,061</b>	
<b>3. Layout</b>					
3.1 Os textos utilizados são pertinentes com o conteúdo do material educativo.	3	100,0	1,00	1,000	0,83
3.2 Os textos expressam a informação que se pretendeu transmitir, sendo de fácil compreensão.	3	100,0	1,00	1,000	
3.3 As ilustrações, cor da página e o contraste com letras escritas está de acordo com o recomendado para um material educativo do tipo cartilha.	2	66,7	<b>0,67</b>	<b>0,386</b>	
3.4 Os textos do material educativo expressão a realidade.	2	66,7	0,67	0,386	
<b>4. Funcionalidade</b>					
4.1 O material educativo apresenta-se como ferramenta adequada para orientar as pessoas com lesão medular sobre a reorganização da sexualidade e atividade sexual.	3	100,0	1,00	1,000	1,00
4.2 O material educativo pode gerar resultados positivos ao ser utilizado por pessoas com lesão medular.	3	100,0	1,00	1,000	
<b>5. Usabilidade</b>					
5.1 O material educativo apresenta-se como ferramenta adequada para orientar pessoa com lesão medular quanto a reorganização da sexualidade e atividade sexual.	3	100,0	1,00	1,000	1,00
5.2 O material educativo fornece orientação de forma clara.	3	100,0	1,00	1,000	
5.3 O material educativo fornece orientação de forma eficaz.	3	100,0	1,00	1,000	
5.4 O material educativo fornece orientação de forma rápida, não sendo a leitura exaustiva.	3	100,0	1,00	1,000	
<b>6. Eficiência</b>					
6.1 O número e a caracterização dos personagens atendem ao objetivo proposto.	2	66,7	<b>0,67</b>	<b>0,386</b>	0,75
6.2 O discurso do texto é usado de forma eficiente e compreensível à clientela.	3	100,0	1,00	1,000	
6.3 Os recursos visuais (exemplo: figuras, destaque de cor) são utilizados de forma adequada.	2	66,7	<b>0,67</b>	<b>0,386</b>	
6.4 Os recursos visuais (exemplo: figuras, destaque de cor) são utilizados de forma compreensível.	2	66,7	<b>0,67</b>	<b>0,386</b>	

Fonte: Dados gerados pela autora. \*Percentual de concordância. \*\* Teste Binomial. Hipótese IVC  $\geq$  0,85

No aspecto da estrutura e apresentação da cartilha, houve discordância quanto a ortografia (item 1.7), atratividade (item 1.8) e criatividade (item 1.9) do material educativo, com IVC de 0,67 ( $p= 0,386$ ) cada um. Neste aspecto um juiz fez a seguinte consideração:

“*Aparentemente o conteúdo é muito rico, mas falta um melhor apelo visual*” (Juiz 3). Quanto aos itens foi realizado ajustes na cartilha relativos a ortografia e modificações em alguns textos e *layout* seguindo também as recomendações dos juízes de conteúdo (Tabela 13).

No aspecto da ilustração da cartilha, houve discordância quanto a quantidade de ilustrações (item 2.3) e originalidade dos personagens (item 2.5), com IVCs de 0,67 e 0,33 respectivamente. Neste aspecto um juiz fez a seguinte consideração: “*As ilustrações resolvem, mas não tem apelo visual. As ilustrações estão em cores de tons pastéis, senti falta de mais contraste e detalhes*” (Juiz 3). Neste item não houveram comentários mais específicos sobre as ilustrações, então, foram realizadas poucas modificações na quantidade e nos aspectos de algumas ilustrações. As ilustrações foram elaboradas com linhas simples, cores suaves e evitados componentes abstratos, de acordo com as recomendações de Moreira, Nóbrega e Silva (2003). Além disso, teve-se o cuidado para que as ilustrações retratassem os personagens de forma respeitosa, embora em algumas ilustrações mostrassem partes íntimas do corpo ou situações íntimas.

No aspecto *layout* da cartilha, houve discordância quanto ao contraste de cores das ilustrações (item 3.3) e expressão da realidade no texto (item 3.4), com IVC de 0,67 ( $p=0,386$ ) cada um. Neste aspecto um juiz fez a seguinte consideração: “*O material cumpre sua função, mas as ilustrações, fontes e cores poderiam ser mais modernas*” (Juiz 3). Quanto aos itens foi realizado ajustes na cartilha relativos ao *layout* das caixas de texto das ilustrações, e quadros, os ajustes em algumas ilustrações, legendas e quadros. Cabe ressaltar que as ilustrações e o *layout* foram elaborados com finalidade didática seguindo recomendações específicas para construção de materiais educativos em saúde (Tabela 13).

No aspecto da funcionalidade da cartilha, houve total concordância entre os juízes em todos os itens (IVC = 1,00), sendo um aspecto considerado bastante significativo estatisticamente. Neste aspecto um juiz fez a seguinte consideração: “*Acredito que a cartilha atende as necessidades*” (Juiz 3) (Tabela 13).

No aspecto da usabilidade da cartilha, houve total concordância entre os juízes em todos os itens (IVC = 1,00), sendo um aspecto considerado bastante significativo estatisticamente. Neste aspecto um juiz fez a seguinte consideração: “*A cartilha é de fácil leitura*” (Juiz 1) (Tabela 13).

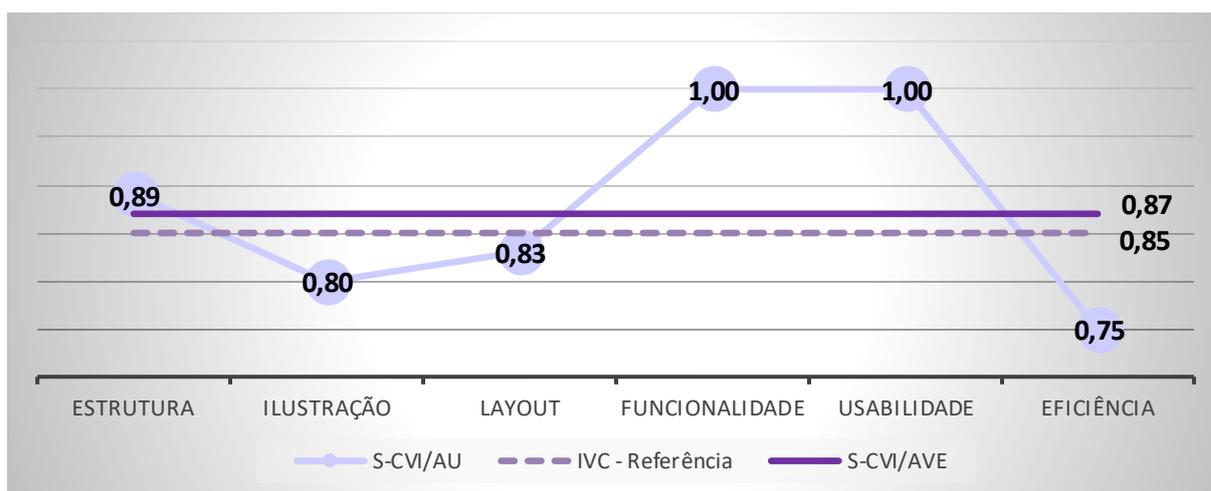
No aspecto eficiência da cartilha, houve discordância quanto ao número e a caracterização dos personagens (item 6.1), utilização de recursos visuais (item 6.3 e 6.4), com IVC de 0,67 ( $p=0,386$ ) cada um. Neste aspecto um juiz fez a seguinte consideração: “*As cores*

e as ilustrações são bem feitas, mas lembram muito materiais antigos” (Juiz 3). Quanto aos itens foram realizados os ajustes visuais remendados na cartilha (Tabela 13).

De acordo com a avaliação dos três juízes, 18 itens (64,3%) obtiveram IVC de 1,00 correspondendo a um excelente grau de concordância, nove itens (32,1%) obtiveram índice de 0,67 e um item (3,6%) obteve índice de 0,33, sendo estes últimos itens considerados não estatisticamente significantes, portanto, foram realizados todos os ajustes necessários recomendados pelos juízes profissionais de saúde e *designer* gráficos.

A seguir é apresentado um gráfico com a comparação do S-CVI/UA e S-CVI/AVE em relação ao padrão adotado como adequado para o IVC da validação dos aspectos técnicos da cartilha com os juízes *designer* gráficos ( $IVC \geq 0,85$ ) (Gráfico 3).

**Gráfico 3** – Distribuição dos S-CVI/UA e S-CVI/AVE quanto aos aspectos técnicos da validação da cartilha educativa com juízes *designer* gráficos. Fortaleza, 2017.



Fonte: Dados gerados pela autora.

O gráfico 3 mostra que o S-CVI/UA dos aspectos estrutura e apresentação (S-CVI/UA = 0,89), ilustração (S-CVI/UA = 0,80), *layout* (S-CVI/UA = 0,83), funcionalidade (S-CVI/UA = 1,00) e usabilidade (S-CVI/UA = 1,00) estão dentro do padrão estabelecido ( $IVC \geq 0,80$ ), evidenciando uma concordância estatisticamente significativa entre os juízes *designer* gráficos. A exceção ocorreu no aspecto eficiência (S-CVI/UA = 0,75) que obteve um IVC um pouco abaixo do padrão.

Em uma avaliação geral quando analisado o S-CVI/AVE, obtido através da média do S-CVI/UA dos aspectos e representa o IVC global da validação dos aspectos técnicos, podemos afirmar que a cartilha alcançou o padrão-ouro ao final da validação com juízes *designer* gráficos, sendo obtido um S-CVI/AVE = 0,87 (Gráfico 3).

## 5.6 Validação de aparência da cartilha educativa com público-alvo

Após a validação de conteúdo com os juízes profissionais de saúde e de aparência com os juízes em *designer* gráficos, a 2ª versão da cartilha foi apresentada a 37 pessoas com lesão medular para validação de aparência.

Na tabela 14, apresenta-se o perfil sociodemográfico do público-alvo.

**Tabela 14** – Análise descritiva dos dados de caracterização do público-alvo da validação. Fortaleza, 2017.

Variáveis	n = 37	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	12	32,4
Masculino	25	67,6
<b>Faixa etária</b>		
De 20 a 29 anos	15	40,5
De 30 a 39 anos	8	21,6
De 40 a 49 anos	8	21,6
De 50 a 59 anos	5	13,5
Acima de 60 anos	1	2,7
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental	6	16,2
Médio	19	51,4
Superior	12	32,4
<b>Etnia</b>		
Pardo	23	62,0
Branco	11	30,0
Negro	3	8,0
<b>Religião</b>		
Católico	22	59,5
Evangélico	9	24,3
Não informado	6	16,2
<b>Estado civil</b>		
Casado	12	32,4
Solteiro	23	62,2
Não informado	2	5,4
<b>Profissão/Ocupação</b>		
Sim	14	37,8
Não	23	62,2
<b>Renda familiar<sup>1</sup></b>		
1 salário	17	45,9
2 – 3 salários	10	27,0
≥ 4 salários	5	13,5
Não informado	5	13,5
<b>Fonte de Renda</b>		
Aposentado	19	51,4
Benefício <sup>2</sup>	13	35,1
Não informado	5	13,5
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Dados gerados pela autora. <sup>1</sup>O salário mínimo durante o estudo foi de R\$937,00. <sup>2</sup>Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social.

De acordo com a caracterização da amostra do público-alvo, podemos observar que houve predomínio do sexo masculino (67,6%); com idade média de 35,8 anos (DP  $\pm$  12,2) e faixa etária de 20 a 29 anos (40,5 %); etnia parda (62%); 51,4% dos participantes tinham cursado até o ensino médio e 32,4% tinham cursado até o ensino superior; a religião predominante foi a católica (59,5%); e o estado civil predominante foi o solteiro (Tabela 14).

Quanto aos dados econômicos da amostra, podemos observar que a maioria das pessoas estavam sem ocupação profissional (62,2%), com renda familiar de até um salário mínimo (45,95), e as principais fontes de renda eram a aposentadoria (51,4%) ou benefício de prestação continuada da assistência social (35,1%) (Tabela 14).

**Tabela 15** – Análise descritiva das variáveis quantitativas do público-alvo da validação. Fortaleza, 2017.

Variáveis quantitativas	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
<b>Idade*</b>	35,8	12,2	20,0	33,0	62,0
<b>Tempo de lesão*</b>	12,6	7,7	3,0	12,0	35,0

Fonte: Dados gerados pela autora. \*Medida: anos.

Além dos dados sociodemográficos também foram analisados os dados de caracterização clínica do público-alvo (Tabela 16).

**Tabela 16** – Análise descritiva dos dados clínicos do público-alvo da validação. Fortaleza, 2017.

Variáveis	n = 37	%
<b>Tipo de lesão</b>		
Paraplegia completa	20	54,1
Paraplegia incompleta	15	40,5
Tetraplegia	2	5,4
<b>Nível da lesão</b>		
Cervical	2	5,4
Torácica	27	73,0
Lombar	8	21,6
<b>Causa da lesão</b>		
Perfuração por arma de fogo	16	43,2
Acidente automobilístico	14	37,8
Queda e mergulho em água rasa	7	18,9
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Dados gerados pela autora.

De acordo com a caracterização clínica da amostra do público-alvo, podemos observar que a maior parte da amostra era constituída por pessoas com lesão medular do tipo

paraplegia completa (54,1%), seguido por paraplegia incompleta (40,5%) e apenas dois participantes eram tetraplégicos (5,4%). Quanto ao nível da lesão medular, houve predomínio de lesão no seguimento torácico da medula espinhal (73%). As causas principais da lesão medular foram perfuração por arma de fogo (43,2%) e acidente automobilístico (37,8%) O tempo médio de lesão medular foi de 12,6 anos (DP±7,7) (Tabela 15).

Com relação à validação de aparência da cartilha com o público, cada participante recebeu a cartilha (2ª Versão) e um instrumento de avaliação composto por 51 itens, distribuídos da seguinte forma: 1) 47 itens correspondiam aos cinco aspectos avaliativos da cartilha, distribuídos em: objetivo, organização, linguagem, aparência e motivação, com cinco opções de resposta cada item: discordo totalmente, discordo, não discordo nem concordo, concordo e concordo totalmente; 2) três itens sobre a avaliação da clareza, da relevância e do grau de relevância dos principais assuntos da cartilha, com duas opções de resposta para a clareza e relevância e quatro para o grau de relevância; 3) um item correspondia ao parecer final da cartilha educativa, com quatro opções de respostas: aprovado, aprovado com modificações, reprovado com qualidades e reprovado.

Assim como para os juízes, foi calculado o IVC para cada item da cartilha, o S-CVI/UA para cada aspecto da cartilha, o S-CVI/AVE para a cartilha como um todo e aplicado o teste binomial. Para melhor entender o fenômeno de estudo, recorreremos da análise descritiva de tabelas e gráficos, a fim de encontrar possíveis padrões nos dados coletados, além de facilitar o entendimento. Os dados obtidos em cada aspecto de validação são apresentados nas tabelas.

**Tabela 17** – Distribuição da concordância entre o público-alvo da validação de aparência da cartilha educativa. Fortaleza, 2017 (continua).

Variáveis	n = 37	% *	IVC	P-valor**	S-CVI/UA
<b>1. Objetivo</b>					
1.1 A cartilha educativa atende aos objetivos das pessoas com lesão medular, com vistas à reorganização da sexualidade e atividade sexual.	37	100	1,00	1,000	
1.2 A cartilha educativa pode auxiliar nas orientações em saúde durante internação hospitalar e/ou reabilitação da pessoa com lesão medular.	34	91,9	0,92	0,931	0,91
1.3 A cartilha educativa é capaz de promover reflexão sobre a reorganização da sexualidade e atividade sexual de pessoas com lesão medular.	34	91,9	0,92	0,931	
1.4 A cartilha educativa está adequada para ser utilizada por qualquer profissional da área da saúde.	29	78,4	<b>0,78</b>	<b>0,181</b>	

**Tabela 17** – Distribuição da concordância entre o público-alvo da validação de aparência da cartilha educativa. Fortaleza, 2017(continuação).

Variáveis	n = 37	% *	IVC	P-valor**	S-CVI/UA
<b>2. Organização</b>					
2.1 A capa da cartilha está atraente.	34	91,9	0,92	0,931	
2.2 A capa da cartilha contempla as informações do material.	35	94,6	0,95	0,982	
2.3 O tamanho do título e dos conteúdos nos tópicos está adequado.	36	97,3	0,97	0,998	
2.4 Os tópicos apresentam uma sequência lógica.	36	97,3	0,97	0,998	
2.5 Os temas retratam aspectos-chave importantes.	36	97,3	0,97	0,998	0,94
2.6 Há coerência entre as informações da capa, apresentação, sumário e conteúdo da cartilha.	37	100	1,00	1,000	
2.7 O papel do material impresso está apropriado.	32	86,5	0,86	0,670	
2.8 O número de páginas está adequado.	31	83,8	<b>0,84</b>	<b>0,487</b>	
2.9 O material tem tamanho adequado, ou seja, não é extenso nem cansativo.	35	94,6	0,95	0,982	
<b>3. Linguagem</b>					
3.1 A redação está em estilo adequado.	37	100	1,00	1,000	
3.2 O texto é vívido e interessante.	36	97,3	0,97	0,998	
3.3 O tom é amigável.	33	89,2	0,89	0,826	
3.4 O vocabulário é acessível com palavras simples e comuns.	37	100	1,00	1,000	
3.5 Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva.	37	100	1,00	1,000	
3.6 Há associação entre o tema de cada seção e o texto correspondente.	36	97,3	0,97	0,998	0,97
3.7 O texto está claro.	35	94,6	0,95	0,982	
3.8 O texto é compreensível e conveniente ao paciente.	36	97,3	0,97	0,998	
3.9 Não foi observado nenhum erro de linguagem ou veiculação de conceitos que expressam ideia insultante às pessoas com lesão medular.	36	97,3	0,97	0,998	
3.10 O texto apresenta interação com orientações entre profissional e paciente.	37	100	1,00	1,000	
3.11 O texto é escrito de forma que o paciente é o centro das atenções, ou seja, o paciente é mais importante.	36	97,3	0,97	0,998	
<b>4. Aparência</b>					
4.1 A composição visual é atrativa.	36	97,3	0,97	0,998	
4.2 As páginas ou sessões parecem organizadas.	36	97,3	0,97	0,998	
4.3 O número de figuras é suficiente.	31	83,8	<b>0,84</b>	<b>0,487</b>	
4.4 As figuras são apresentadas em tamanho adequado.	35	94,6	0,95	0,982	
4.5 As figuras correspondem aos conteúdos ilustrados.	36	97,3	0,97	0,998	
4.6 As figuras são simples, apropriadas e de traçado de fácil compreensão.	36	97,3	0,97	0,998	0,94
4.7 As figuras são autoexplicativas.	34	91,9	0,92	0,931	
4.8 As figuras são familiares para os leitores.	36	97,3	0,97	0,998	
4.9 As figuras são provocadoras de perguntas sobre a temática.	32	86,5	0,86	0,670	
4.10 As figuras estão integradas ao texto (bem localizadas).	37	100	1,00	1,000	

**Tabela 17** – Distribuição da concordância entre o público-alvo da validação de aparência da cartilha educativa. Fortaleza, 2017(conclusão).

Variáveis	n = 37	% *	IVC	P-valor**	S-CVI/UA
<b>5. Motivação</b>					
5.1 A cartilha é apropriada para a sua idade, sexo e cultura.	36	97,3	0,97	0,998	
5.2 A cartilha apresenta sequência lógica sobre a atividade sexual da pessoa com lesão medular.	37	100,0	1,00	1,000	
5.3 A cartilha desperta interesse e curiosidade.	35	94,6	0,95	0,982	
5.4 A cartilha aborda os assuntos necessários para que pessoa com lesão medular consiga compreender melhor a expressão da sua sexualidade e a atividade sexual.	37	100,0	1,00	1,000	
5.5 As informações contidas na cartilha são importantes para reorganização da sexualidade da pessoa com lesão medular.	36	97,3	0,97	0,998	
5.6 A cartilha pode promover mudança de comportamento e atitude.	33	89,2	0,89	0,826	0,96
5.7 A cartilha propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado.	36	97,3	0,97	0,998	
5.8 A cartilha trouxe novos conhecimentos sobre o assunto.	35	94,6	0,95	0,982	
5.9 A interação é convidada pelo texto e sugere a prática dos cuidados.	37	100,0	1,00	1,000	
5.10 A cartilha ensina o paciente a realizar os cuidados desejados.	35	94,6	0,95	0,982	
5.11 O conteúdo da cartilha mantém a dinâmica da leitura.	36	97,3	0,97	0,998	
5.12 O conteúdo da cartilha motiva a leitura até o final.	36	97,3	0,97	0,998	
5.13 O uso da cartilha se faz relevante.	34	91,9	0,92	0,931	

Fonte: Dados gerados pela autora. \*Percentual de concordância. \*\* Teste Binomial. Hipótese IVC  $\geq 0,85$

Na avaliação dos objetivos da cartilha, a maioria dos itens tiveram uma proporção de concordância elevada e foram considerados estatisticamente significantes, com um IVC superior a 85% ( $p > 0,10$ ) (Tabela 17). Neste aspecto, os participantes fizeram as seguintes considerações:

*“Concordo plenamente com os objetivos apresentados”* (Participante 1).  
*“É um livro ótimo cheio de informações básicas e concretas”* (Participante 36).  
*“Concordo, pois esclarece bem adequadamente para qualquer cadeirante que atenda cada objetivo para cada pessoa que tem lesão medular”* (Participante 10).  
*“A cartilha está clara e bem objetiva, vai direto ao assunto, sem enrolação. E vai com certeza ajudar muitas pessoas”* (Participante 2).

Entre todos os itens do objetivo, apenas o item 1.4 obteve um índice inferior ao parâmetro estabelecido, com IVC de 0,78 ( $p = 0,181$ ) (Tabela 17). Este item questiona se a cartilha pode ser utilizada por qualquer profissional de saúde, esta frase foi formulada com vista a avaliar a opinião do público-alvo sobre a utilização da cartilha com fins educativos por profissionais de saúde de diferentes áreas de atuação, como enfermeiros, psicólogos, médicos dentre outros. A discordância dos participantes foi sobre a capacitação profissional e não sobre a categoria profissional. Veja abaixo os comentários:

*“Com relação ao item 1.4 eu não acredito que todos os profissionais estejam em condições de trabalhar com os lesados medular”* (Participante 7).

*“Este tipo de matéria deve ser solicitado pelo paciente pois tem o fator psicológico do indivíduo. Nem todos os profissionais estão aptos a trabalhar com o assunto”* (Participante 35).

A partir desses comentários podemos inferir que segundo a visão da pessoa com lesão medular, o profissional de saúde deve ter aptidão e capacitação para trabalhar com a temática da sexualidade.

Quanto a organização da cartilha, a maioria dos itens tiveram uma proporção elevada e foram considerados estatisticamente significantes, com uma proporção de concordância entre os participantes superior a 85% ( $p > 0,10$ ) (Tabela 17). Apenas o item 2.8 obteve um IVC de 0,84 ( $p = 0,487$ ), um pouco abaixo do esperado.

As principais considerações dos participantes sobre a organização da cartilha foram sobre a capa da cartilha, a qualidade do papel de impressão, a quantidade de páginas e tamanho do conteúdo da cartilha. Veja a seguir os comentários:

*“Concordo, pois está muito organizado com sua estrutura, coerência, tamanho e títulos lógicos para cada item”* (Participante 10).

*“A organização está coerente”* (Participante 1).

*“Muito bem organizado”* (Participante 27).

*“Melhoras no tipo de papel seria interessante (sugestão)”* (Participante 34).

*“Tamanho está excelente para despertar a busca por mais informação”* (Participante 35).

*“O livro deveria falar mais assuntos sobre sexualidade e também o livro deveria ser maior”* (Participante 6).

*“Com mais extensões profundas sobre lesão medular”* (Participante 5).

A discordância sobre o item 2.8 foi em relação a quantidade do conteúdo da cartilha. Alguns participantes consideram que a quantidade de conteúdo poderia até ser um pouco mais extensa. As considerações sobre a capa são em relação à ilustração, estas são apresentadas mais à frente no aspecto da aparência da cartilha.

Com relação à linguagem, a cartilha educativa mostra-se clara, objetiva e com linguagem simples e coerente, sendo considerada adequada pelo público-alvo. Todos os itens obtiveram IVC acima de 85% ( $p > 0,10$ ), sendo considerados estatisticamente significantes (Tabela 17). A seguir podemos observar os comentários relacionados a este aspecto:

*“A linguagem é bem clara e objetiva faz com que os pacientes entendam tudo com coerência”* (Participante 1).

*“Concordo a linguagem está bem especificada e é muito coerente para cada leitor”* (Participante 10).

*“As explicações estão claras sim”* (Participante 27).

Apesar de todos os itens terem sido considerados adequados pela maioria dos avaliadores, alguns destes, fizeram considerações sobre o conteúdo da cartilha educativa:

*“Devia citar exemplos de vida e caso ocorridos sem identificação pessoal”* (Participante 16).

*“Como faz para controlar a perda intestinal na hora da relação”* (Participante 23).

*“Só falta informar mais sobre a menstruação e seus sintomas de dores neuropáticas. Não fala sobre espasmos e dores neuropáticas”* (Participante 27).

*“Não vi falando sobre as dores que nos sentimos”* (Participante 34).

*“Faltou lembrar da proteção na hora do ato sexual”* (Participante 12).

*“Observação na página 29: não sei se é opinião geral, mas no meu caso não consigo prazer com estímulos em áreas sem sensibilidade, como na área abaixo do joelho. Fiquei na dúvida se a prótese peniana (página 20) serve para o homem ter ejaculação ou se é apenas para satisfazer a mulher. Seria bom ter um ponto sobre exames e tratamentos para ter um espermatozoide saudável, pois o aumento da temperatura nos testículos pode prejudicar o esperma (página 21). Gostei muito do folheto (apostilha) me ajudou”* (Participante 28).

*“Acrescentar tratamento para a ejaculação e melhora do esperma. Tem algumas posições que favorecem a ejaculação. Também faltou falar sobre os espasmos após Tremores (espasmos)”* (Participante 32).

As sugestões receberam os seguintes tratamentos: os exemplo de casos reais, não foram inclusos pois aumentaria muito a quantidade de conteúdo do material; menstruação e sua relação com dor neuropática, não foi inclusa essa informação na cartilha porque não foram encontradas evidências científicas sobre a relação desta sintomatologia com o período menstrual; ocorrência de espasmos e dor neuropática após a relação sexual, também não foram encontradas evidências científicas; e maiores detalhes sobre os tratamentos das disfunções eréteis e ejaculatórias, foram realizados pequenos ajustes no texto. Um participante também solicitou a inclusão de métodos preventivos para infecções/doenças sexualmente transmissíveis, mas já tem um capítulo que aborda esse assunto.

Com relação à aparência, a cartilha educativa mostra-se com uma aparência adequada com ilustrações de boa qualidade, simples, claras, familiares e respeitadas ao público-alvo. A maioria dos itens tiveram uma proporção elevada e foram considerados estatisticamente significantes, com uma proporção de concordância entre os participantes superior a 85% ( $p > 0,10$ ) (Tabela 17). Apenas o item 4.3 obteve um IVC de 0,84 ( $p = 0,487$ ), um pouco abaixo do esperado. Veja a seguir os comentários:

*“As figuras são claras e objetivas dando aparência boas e adequadas”* (Participante 1).

*“Concordo porque são muito explicativas visualmente com cada figura familiar que integra o texto”* (Participante 10).

*“Muitas figuras”* (Participante 16).

*“Todas as figuras são bem ilustradas e interessantes”* (Participante 27).

*“As figuras são muito importantes no texto, isso ajuda a interpretar”* (Participante 36).

Embora este aspecto tenha sido considerado adequado, houveram algumas sugestões sobre a ilustração da capa da cartilha, essas sugestões foram acatadas e os personagens foram reposicionados para ficarem de mãos dadas, no entanto foram mantidas as características do grupo, pois a autora teve o receio de incluir mais um casal de cadeirantes e ficar com muita informação e haver o risco de tornar a mensagem principal confusa, mas

*“Algumas figuras não são autoexplicativas. Creio que só mudar a capa da cartilha”* (Participante 34).

*“Na capa sugiro colocar os personagens de mãos dadas. Modificação na capa os casais de mãos dadas”* (Participante 35).

*“E quando ambos são (cadeirantes) tem lesão, acho que falta na capa, mas no geral tá boa. (Melhorar a capa)”* (Participante 14).

A cartilha educativa foi avaliada positivamente em relação à motivação, sendo considerado pelo público-alvo com um tema relevante, capaz de despertar o interesse para a leitura e contribui para a aquisição de novos conhecimentos, podendo ser utilizada como uma tecnologia de educação em saúde para a orientação sexual da pessoa com lesão medular. Todos os itens obtiveram IVC acima de 85% ( $p > 0,10$ ), sendo considerados estatisticamente significantes. A seguir podemos observar os comentários relacionados a este aspecto:

*“A motivação faz com que as pessoas estejam esclarecidas a ponto de aceitar uma vida sexual com um outro cadeirante. As informações abordadas foram adequadas com bastante coerência”* (Participante 1).

*“Concordo, ela proporcionou atividades sexual para pessoas de lesão medular, aborda os assuntos necessários importante para que a pessoa tenha conhecimento e se sinta realizada, preparada para sociedade”* (Participante 10).

*“O uso da cartilha deve ser feito sempre”* (Participante 35).

*“O uso da cartilha serviu para muitas dúvidas que eu tinha no meu dia-a-dia e na minha vida”* (Participante 36).

*“Leitura clara e explícita, serve ao paciente e familiares e outras pessoas”* (Participante 21).

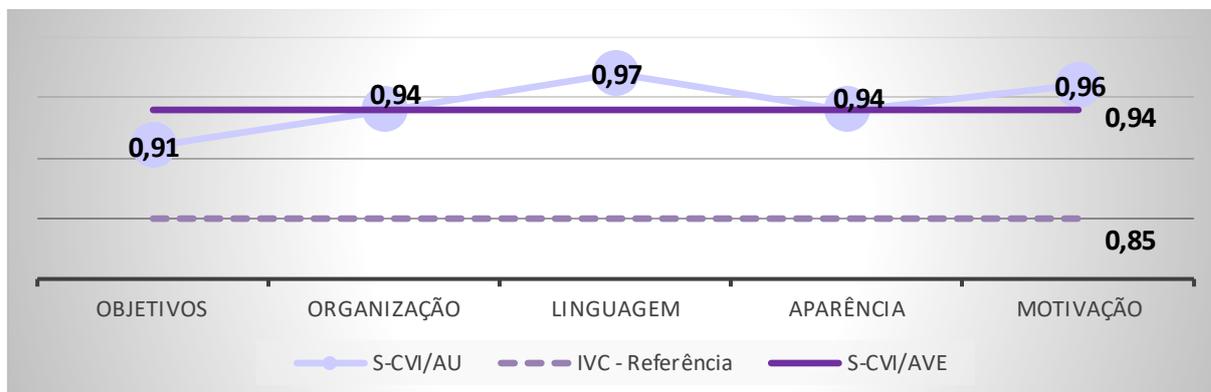
*“O material é de suma importância e clareza para ajudar qualquer pessoa com lesão medular”* (Participante 17).

*“Muito relativo, o que cada alteração promove nas pessoas e satisfaz como ela podem se sentir tanto homem ou mulher realizado na vida sexual respeitado seus limites”* (Participante 10).

Estes comentários relevam que a cartilha pode ser utilizada por pessoas com lesão medular, seus companheiros/parceiros, familiares e público em geral que tenha interesse sobre esta temática. A cartilha educativa também pode ser um instrumento que traz esclarecimentos, desmitifica tabus e preconceitos, e pode favorecer a inclusão social.

A seguir é apresentado um gráfico com a comparação do S-CVI/UA e S-CVI/AVE em relação ao padrão adotado como adequado para o IVC da validação de aparência da cartilha com o público-alvo ( $IVC \geq 0,85$ ) (Gráfico 4).

**Gráfico 4** – Distribuição dos S-CVI/UA e S-CVI/AVE quanto os aspectos da validação de aparência da cartilha com o público-alvo. Fortaleza, 2017.



Fonte: Dados gerados pela autora.

O S-CVI/AVE foi obtido através da média do S-CVI/UA dos aspectos e representa o IVC global da validação de aparência com o público-alvo, sendo obtido um S-CVI/AVE = 0,94, valor superior a concordância mínima estipulada de 85% (Gráfico 4). Portanto, podemos afirmar que a cartilha alcançou o padrão-ouro ao final da validação com o público-alvo. Este resultado também foi respaldado quando avaliado individualmente cada capítulo de conteúdo da cartilha quanto à clareza, relevância e grau de relevância (Tabela 18).

**Tabela 18** – Distribuição da concordância entre o público-alvo sobre a clareza, relevância e grau de relevância do conteúdo da cartilha educativa. Fortaleza, 2017.

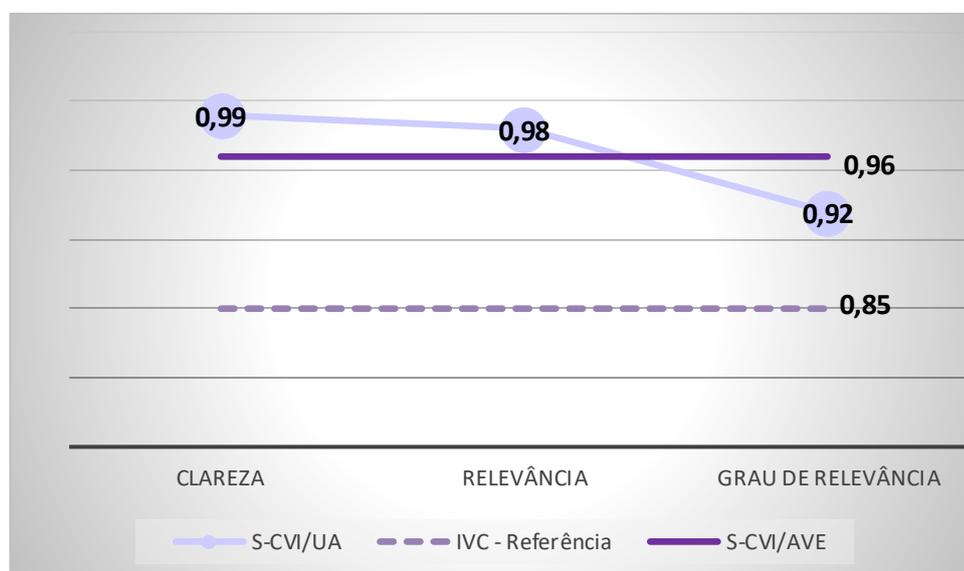
Variáveis	n = 37	% *	IVC	P-valor**	S-CVI/UA
<b>1. Clareza</b>					
1.1 Expressão da sexualidade e alterações da função sexual da pessoa com lesão medular.	36	97,3	0,97	0,998	
1.2 Tratamentos das disfunções sexuais masculina e feminina na lesão medular	37	100,0	1,00	1,000	0,99
1.3 Promoção da atividade sexual saudável e satisfatória da pessoa com lesão medular	37	100,0	1,00	1,000	
<b>2. Relevância</b>					
2.1 Expressão da sexualidade e alterações da função sexual da pessoa com lesão medular.	36	97,3	0,97	0,998	
2.2 Tratamentos das disfunções sexuais masculina e feminina na lesão medular	36	97,3	0,97	0,998	0,98
2.3 Promoção da atividade sexual saudável e satisfatória da pessoa com lesão medular	37	100,0	1,00	1,000	
<b>3. Grau de relevância</b>					
3.1 Expressão da sexualidade e alterações da função sexual da pessoa com lesão medular.	34	91,9	0,92	0,931	
3.2 Tratamentos das disfunções sexuais masculina e feminina na lesão medular	33	89,2	0,89	0,826	0,92
3.3 Promoção da atividade sexual saudável e satisfatória da pessoa com lesão medular	35	94,6	0,95	0,982	

Fonte: Dados gerados pela autora. \* Teste Binomial. Hipótese  $p > 0,85$

Com relação à clareza, relevância e grau de relevância dos assuntos abordados na cartilha educativa, todos os itens alcançaram IVCs iguais ou superiores a 0,89 ( $p= 0,826$ ), portanto, todos os assuntos tratados na cartilha foram considerados de grande relevância pelos juízes (Tabela 34).

O gráfico 5 mostra que o S-CVI/UA dos aspectos clareza (S-CVI/ UA = 0,99), relevância (S-CVI/ UA = 0,98) e grau de relevância (S-CVI/ UA = 0,92) estão bem acima do padrão estabelecido (IVC > 0,85), evidenciando uma concordância estatisticamente significativa.

**Gráfico 5** – Distribuição dos S-CVI/UA e S-CVI/AVE quanto a validação da clareza, relevância e grau de relevância dos assuntos da cartilha educativa pelo público-alvo. Fortaleza, 2017.



Fonte: Dados gerados pela autora.

Ainda em relação aos aspectos avaliados na validação de aparência com o público-alvo, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis para avaliar se há ou não diferenças nas médias dos aspectos avaliados de acordo com as variáveis sociodemográficas. O teste de Kruskal-Wallis, é um teste não paramétrico que avalia se existe diferença estatística significativa entre as médias de  $k$  grupos para um dado fenômeno em estudo (CONOVER, 1971). Os grupos no caso são as divisões em cada variável sociodemográfica. Assim, o interesse é avaliar se existe diferença entre os grupos, ou seja, os grupos possuem médias diferentes. Foi considerando nível de significância de 10% na aplicação deste teste ( $p < 0,10$ ).

As tabelas 19 e 20 mostram os resultados do teste de comparação de média.

**Tabela 19** – Comparação da média dos aspectos da validação de aparência entre as variáveis sociodemográficas do público-alvo. Fortaleza, 2017.

Variável	Objetivo	Organização	Linguagem	Aparência	Motivação	Avaliação Geral
<b>Média Global</b>	<b>8,41</b>	<b>8,62</b>	<b>8,05</b>	<b>8,54</b>	<b>8,89</b>	<b>8,53</b>
<b>Idade</b>						
20 – 32	8,24	8,64	7,98	8,59	8,90	8,51
33+	8,56	8,60	8,10	8,50	8,88	8,53
<b>P-valor</b>	0,457	0,769	0,589	0,898	0,982	0,981
<b>Sexo</b>						
Feminino	8,91	8,70	8,09	<b>9,00</b>	9,07	8,74
Masculino	8,18	8,58	8,03	8,32	8,80	8,42
<b>P-valor</b>	0,119	0,775	0,720	<b>0,092</b>	0,522	0,382
<b>Escolaridade</b>						
Fundamental	8,63	<b>9,44</b>	8,36	8,50	<b>9,69</b>	8,99
Médio	8,03	8,33	7,89	8,42	8,60	8,30
Superior	8,85	8,82	8,26	8,83	9,12	8,78
<b>P-valor</b>	0,184	<b>0,075</b>	0,285	0,594	<b>0,065</b>	0,167
<b>Religião</b>						
Católica	8,58	8,57	7,99	8,48	8,99	8,53
Não católico	8,75	9,04	8,31	8,83	8,95	8,78
<b>P-valor</b>	0,680	0,164	0,375	0,550	0,909	0,458
<b>Estado civil</b>						
Casado	8,23	8,52	7,78	8,27	8,57	8,28
Solteiro	8,37	8,55	8,09	8,57	8,95	8,54
<b>P-valor</b>	0,663	0,948	0,397	0,451	0,293	0,501
<b>Profissão/Ocupação</b>						
Sim	8,53	8,35	7,91	8,41	8,74	8,38
Não	8,34	8,78	8,13	8,62	8,98	8,61
<b>P-valor</b>	0,797	0,221	0,631	0,541	0,305	0,550
<b>Renda familiar</b>						
1 salário	8,46	8,59	8,14	8,81	9,04	8,65
> 1 < 3 salários	8,38	8,53	7,75	8,00	8,69	8,27
> 3 salários	8,13	8,44	8,14	8,50	8,58	8,39
<b>P-valor</b>	0,865	0,954	0,329	0,275	0,605	0,678
<b>Fonte de renda</b>						
Aposentado	8,65	8,93	8,27	8,84	9,11	8,78
Benefício	7,97	8,37	7,84	8,22	8,75	8,28
Trabalho	8,31	8,22	7,80	8,23	8,58	8,23
<b>P-valor</b>	0,425	0,164	0,177	0,377	0,308	0,239

Fonte: Dados gerados pela autora.

Nessa seção compara-se a pontuação média adquirida pelos indivíduos. Foram analisados 6 critérios: Objetivo, Organização, Linguagem, Aparência, Motivação e Avaliação Geral do instrumento. Para cada um desses critérios foi somado as pontuações nos critérios, e em seguida, transformamos numa escala de 0 a 10. Por exemplo, no critério objetivo contém 4 questões. O valor mínimo que o indivíduo pode ter é 4 (respondeu 1 em todas) e o máximo é 20 (respondeu 5 em todas). A transformação considera que o valor mínimo 4 será agora 0, o valor máximo 20, será agora 10. Vale ressaltar que estamos apenas mudando a métrica, isso não afetará os testes estatísticos.

Por exemplo, na variável idade existem dois grupos. O primeiro com idade entre 20 e 32, e o segundo grupo com pelo menos 33 anos. Para cada grupo dispomos das médias dos 6 critérios analisados. E para cada critério temos o p-valor associado ao teste de Kruskal-Wallis. No caso da idade nenhum valor foi significativo ao nível de 10%. Ou seja, não existe diferença de média nos escores entre os grupos da idade. Portanto, esses dois grupos produzem a mesma média. Essa média é a média global. Ou seja, cada grupo da idade, no caso do escore objetivo têm média de 8,41, no escore total cada grupo tem média 8,53, e assim por diante. Cada comparação que não foi significativa, possui essa interpretação.

Na comparação das médias dos aspectos da validação de aparência entre as variáveis sociodemográficas do público-alvo os resultados mais significativos foram nas variáveis sexo e escolaridade: na variável sexo no aspecto Aparência, cujo p-valor foi 0,092, menor que 0,10, indica que existe diferença entre os grupo e que as mulheres obtiveram média de concordância superior aos dos homens; e na variável escolaridade nos aspectos da Organização e Motivação, cujo p-valor foram respectivamente 0,075 e 0,065, menor que 0,10, indicando que as pessoas que estudaram até o ensino fundamental obtiveram média de concordância superior aos outros níveis de escolaridade. Já nos outros critérios existe igualdade nos resultados de média.

**Tabela 20** – Comparação da média dos aspectos da validação de aparência entre as variáveis clínicas do público-alvo. Fortaleza, 2017.

Variável	Objetivo	Organização	Linguagem	Aparência	Motivação	Avaliação Geral
<b>Média Global</b>	<b>8,41</b>	<b>8,62</b>	<b>8,05</b>	<b>8,54</b>	<b>8,89</b>	<b>8,53</b>
<b>Tipo lesão</b>						
Paraplegia Completa	8,16	8,54	7,92	8,15	8,69	8,32
Paraplegia incompleta	8,54	8,56	8,08	8,87	9,04	8,64
Tetraplegia	<b>10,00</b>	9,86	9,09	<b>10,00</b>	9,71	<b>9,68</b>
<b>P-valor</b>	<b>0,069</b>	0,162	0,192	<b>0,014</b>	0,308	<b>0,094</b>
<b>Nível da lesão</b>						
Cervical	<b>10,00</b>	9,86	9,09	10,00	9,71	9,68
Lombar	8,05	8,30	7,78	8,31	8,99	8,35
Torácica	8,40	8,62	8,05	8,50	8,80	8,49
<b>P-valor</b>	<b>0,096</b>	0,131	0,143	0,100	0,437	0,144
<b>Tempo de lesão</b>						
3 – 12	8,37	8,69	7,98	8,40	8,99	8,52
12+	8,45	8,55	8,11	8,67	8,80	8,53
<b>P-valor</b>	0,851	0,686	0,591	0,356	0,558	0,917
<b>Causa da lesão</b>						
Acidente automobilístico	8,04	8,23	7,71	8,32	8,59	8,21
PAF	8,24	8,65	7,98	8,20	8,76	8,39
Queda e mergulho em água rasa	<b>9,55</b>	<b>9,33</b>	<b>8,86</b>	<b>9,75</b>	<b>9,78</b>	<b>9,45</b>
<b>P-valor</b>	<b>0,016</b>	<b>0,055</b>	<b>0,011</b>	<b>0,003</b>	<b>0,012</b>	<b>0,007</b>

Fonte: Dados gerados pela autora.

Na comparação das médias dos aspectos da validação de aparência entre as variáveis clínicas do público-alvo, os resultados mais significativos foram nas variáveis tipo de lesão, nível de lesão e causa da lesão: na variável tipo de lesão nos aspectos Objetivo e Aparência, cujo p-valor foram respectivamente 0,069 e 0,014, menor que 0,10, indica que existe diferença entre os grupo e que as pessoas com tetraplegia obtiveram média de concordância superior aos demais tipos de lesão; e na variável nível de lesão no aspecto Objetivo, cujo p-valor foi 0,096, menor que 0,10, indicando que as pessoas com lesão cervical obtiveram média de concordância superior aos outros níveis de lesão; na variável causa de lesão nos aspectos Objetivo, Organização, Linguagem, Aparência, Motivação, e Avaliação geral, cujo p-valor foram respectivamente 0,016, 0,055, 0,011, 0,003, 0,012 e 0,007, menor que 0,10, indica que existe diferença entre os grupo e que as pessoas que tiveram como causa de lesão queda ou mergulho em água rasa obtiveram média de concordância superior aos demais tipos de lesão. Já nos outros critérios existe igualdade nos resultados de média (Tabela 20).

Além do teste binomial para avaliar a confiabilidade estatística da concordância entre os participantes, foi aplicado o teste de Alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna do instrumento aplicado na validação de aparência com o público-alvo, sendo adotado o nível de significância estatística de 5%.

**Tabela 21** – Avaliação da confiabilidade interna do instrumento de validação de aparência do público-alvo, segundo os aspectos avaliativos da cartilha educativa. Fortaleza, 2017.

Seção	Critério	Alfa	Alfa modificado*
1	Objetivos	0,636	0,636
2	Organização	0,831	0,831
3	Linguagem	0,835	0,835
4	Aparência	0,874	0,874
5	Motivação	0,915	0,894
<b>Total</b>		<b>0,958</b>	<b>0,955</b>

Fonte: Dados gerados pela autora. \*Alfa de Cronbach removendo os itens 5.4 e 5.7.

O valor assumido pelo Alfa está entre 0 e 1. O valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70; abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa. Em contrapartida, o valor máximo esperado é 0,90; acima deste valor, pode-se considerar que há redundância ou duplicação, ou seja, vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo; portanto, os itens redundantes devem ser eliminados. Usualmente, são preferidos valores de alfa entre 0,80 e 0,90 (CORRAR *et al.*, 2011).

A tabela 21 mostra que o questionário do público-alvo produziu boa confiabilidade interna (Alfa), variando entre os valores de 0,63 até 0,91, portanto encontrando-se uma boa

faixa de classificação. Logo, esse questionário pode ser replicado para outros estudos. Vale ressaltar que a literatura reforça, que quando o valor do alfa é acima de 0,90 existe algumas variáveis produzindo a mesma informação, portanto, podemos remover as ambiguidades. No critério Motivação o item 5.4 e 5.12 produzem uma correlação de 0,70, relativamente alta, e os itens 5.7 e 5.8 possuem correlação de 0,76. Assim, faz-se uma nova análise retirando os itens 5.4 e 5.7. Na última coluna à direita da tabela 21 encontra-se os novos valores de alfa modificado para o critério Motivação e da escala Total.

Por fim, no instrumento de validação, foi disponibilizado um espaço para as considerações gerais sobre a cartilha educativa. Veja abaixo as avaliações:

*“O livro está bem elaborado, porém tem partes que deixa a desejar (Participante 36). Foi bem elaborado, com linguagem direta e figuras adequadas, onde faz eu pensar em que dois cadeirantes tem sim uma vida sexual afetiva. Concordo com o livro foi de boa qualidade e tirou umas duvidas que eu tinha. Parabéns! Adorei o livro apresentado por vocês” (Participante 1).*

*“A cartilha está clara e bem objetiva, vai direto ao assunto, sem enrolação. E vai com certeza ajudar muitas pessoas” (Participante 2).*

*“A cartilha está muito boa, e muito importante e de fácil entendimento. A cartilha pode ajudar principalmente as pessoas que tiveram a lesão a pouco tempo” (Participante 7).*

*“O material é muito importante e também é bom para o parceiro. Mostrei a minha namorada e ela gostou” (Participante 8).*

*“O texto é bem explicado e as figuras ajudam bastante na compreensão. Apesar de ter recebido informação sobre o assunto na reabilitação, ainda assim a cartilha acrescentou conhecimento e esclareceu algumas dúvidas” (Participante 9).*

*“Aprovado. Ela contribui com benefícios, conhecimentos, esclarecimento. E favorecerá uma vida melhor, dando qualidade de vida a cada pessoa que tem lesão medular” (Participante 10).*

A partir dos relatos, observa-se que o público-alvo avaliou a cartilha educativa e considerou como um material de fácil leitura, devido a linguagem clara e objetiva e por conter ilustrações que colaboram para a compreensão do texto. A cartilha educativa foi considerada capaz de despertar o interesse pela leitura devido a importância da temática abordada.

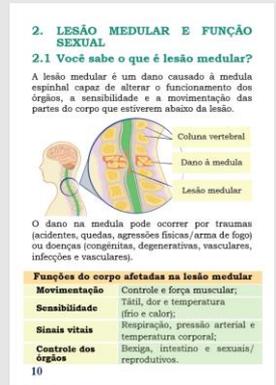
Destaca-se em vários relatos que o material pode ser utilizado por pessoas com lesão medular de um modo geral e a qualquer momento, mas que pode ajudar principalmente as pessoas que tiveram a lesão medular a pouco tempo; e até mesmo aquelas pessoas que já têm mais tempo de lesão e que já receberam informações sobre sexualidade relataram que a cartilha acrescentou conhecimento e esclareceu dúvidas; e que a cartilha pode, também, ser utilizada pelo companheiro/parceiro. Além do que já foi exposto, os relatos evidenciam que o conhecimento adquirido a partir da cartilha pode favorecer a melhoria da qualidade de vida da pessoa com lesão medular.

Os resultados e os relatos da validação de aparência com o público-alvo são considerados bastante expressivos, pois eles esclarecem as dúvidas dos juízes em relação à adequação da linguagem ao público-alvo.

## 5.7 Reconstrução da cartilha após o processo de validação

Após as três fases de validação foram realizados os ajustes finais na cartilha educativa de acordo com as recomendações dos juízes profissionais de saúde, *designer* gráficos e público-alvo. As principais alterações são apresentadas na figura abaixo:

**Figura 11** – Síntese das alterações e ajustes na cartilha educativa de acordo com as recomendações dos juízes profissionais de saúde, *designer* gráficos e público-alvo (continua).

1ª Versão	Sugestões dos juízes e público-alvo	Versão final
 <p>Capa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modificar o subtítulo da cartilha;</li> <li>- Alterar a ilustração para colocar os personagens de mãos dadas.</li> </ul>	 <p>Capa</p>
 <p>Página 10</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trocar termos da legenda;</li> <li>- Reformular conceito sobre lesão medular.</li> </ul>	 <p>Página 10</p>

**Figura 11** – Síntese da alterações e ajustes na cartilha educativa de acordo com as recomendações dos juízes profissionais de saúde, designer gráficos e público-alvo (continuação).

1ª Versão	Sugestões dos juízes e público-alvo	Versão final														
<p><b>2.1 Classificação da lesão medular</b></p> <p>A lesão medular pode ser classificada quanto ao nível (paraplegia ou tetraplegia) e quanto ao grau (completa ou incompleta). Na lesão incompleta, há algum movimento voluntário ou sensação abaixo do nível da lesão.</p> <p><b>Funções do corpo afetadas</b></p> <table border="1"> <tr> <td><b>Movimentação</b></td> <td>Controle e força muscular; Tátil, dor e temperatura (frio e calor);</td> </tr> <tr> <td><b>Sinais vitais</b></td> <td>Respiração, pressão arterial e temperatura corporal; Bexiga, intestino e sexual/reprodutivos.</td> </tr> <tr> <td><b>Controle dos órgãos</b></td> <td></td> </tr> </table> <p>11</p>	<b>Movimentação</b>	Controle e força muscular; Tátil, dor e temperatura (frio e calor);	<b>Sinais vitais</b>	Respiração, pressão arterial e temperatura corporal; Bexiga, intestino e sexual/reprodutivos.	<b>Controle dos órgãos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reformular o conteúdo sobre a classificação da lesão medular;</li> <li>- Trocar cor da fonte em vermelho;</li> <li>- Alterar as cores da ilustração para melhorar o contraste;</li> <li>- Organizar o layout do quadro.</li> </ul>	<p><b>2.2 Classificação da lesão medular</b></p> <p><b>Classificação da lesão medular</b></p> <table border="1"> <tr> <td><b>Tetraplegia</b></td> <td>Lesão medular na altura do pescoço;</td> </tr> <tr> <td><b>Paraplegia</b></td> <td>Lesão medular na altura do tórax;</td> </tr> <tr> <td><b>Lesão Completa</b></td> <td>Afeta completamente toda a parte do corpo abaixo da lesão;</td> </tr> <tr> <td><b>Lesão Incompleta*</b></td> <td>Afeta parcialmente a parte do corpo abaixo da lesão.</td> </tr> </table> <p>* Na lesão incompleta, a pessoa consegue movimentar ou sentir algumas partes do corpo abaixo a lesão.</p> <p>A pessoa com lesão medular pode ter alterações na sua função sexual (corpo e mente) que variam conforme a classificação da lesão. Podem afetar a erigção, ejaculação, lubrificação vaginal, orgasmo e fertilidade.</p> <p>Essas alterações são conhecidas por <b>difusão sexual</b>. Vejamos mais à frente!</p> <p>11</p>	<b>Tetraplegia</b>	Lesão medular na altura do pescoço;	<b>Paraplegia</b>	Lesão medular na altura do tórax;	<b>Lesão Completa</b>	Afeta completamente toda a parte do corpo abaixo da lesão;	<b>Lesão Incompleta*</b>	Afeta parcialmente a parte do corpo abaixo da lesão.
<b>Movimentação</b>	Controle e força muscular; Tátil, dor e temperatura (frio e calor);															
<b>Sinais vitais</b>	Respiração, pressão arterial e temperatura corporal; Bexiga, intestino e sexual/reprodutivos.															
<b>Controle dos órgãos</b>																
<b>Tetraplegia</b>	Lesão medular na altura do pescoço;															
<b>Paraplegia</b>	Lesão medular na altura do tórax;															
<b>Lesão Completa</b>	Afeta completamente toda a parte do corpo abaixo da lesão;															
<b>Lesão Incompleta*</b>	Afeta parcialmente a parte do corpo abaixo da lesão.															
<p>Página 11</p>		<p>Página 11</p>														
<p><b>2.2 Alterações na função sexual</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>O impulso sexual se inicia com estímulos eróticos mentais, visuais, táteis, olfativos e auditivos.</li> <li>Os impulsos são enviados para os órgãos sexuais, através da medula. A lesão medular dificulta a passagem destes impulsos.</li> <li>Pouco ou nenhum estímulo neurovegetativo a liberação de substâncias responsáveis pela circulação de sangue, contração, rigidez e sensibilidade dos órgãos genitais e liberação de secreções vaginais e sêmen.</li> </ol> <p>11</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reformular o texto do item três;</li> <li>- Reformular a ilustração (retirar centro medular).</li> </ul>	<p><b>2.3 Alterações na função sexual</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>O impulso sexual se inicia com estímulos eróticos mentais, visuais, táteis, olfativos e auditivos.</li> <li>Os impulsos são enviados para os órgãos sexuais, através da medula. A lesão medular dificulta a passagem destes impulsos.</li> <li>A alteração do estímulo nervoso dificulta ou impede a liberação de substâncias responsáveis pela circulação de sangue, contração, rigidez e sensibilidade dos órgãos genitais e liberação de secreções vaginais e sêmen.</li> </ol> <p>12</p>														
<p>Página 12</p>		<p>Página 12</p>														
<p><b>Reabilitação</b></p> <p>A reabilitação trabalha a parte física. Inclui: fisioterapia, atividade física, reeducação da bexiga e intestino.</p> <p>O tratamento promove uma melhora na autoimagem, na autoestima, no desempenho sexual e contribuem para o bem-estar da pessoa com lesão medular.</p> <p>A seguir conheceremos as principais disfunções sexuais e os tratamentos específicos.</p> <p>15</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reformular o conceito de reabilitação;</li> <li>- Incluir figura familiar.</li> </ul>	<p><b>Reabilitação</b></p> <p>A reabilitação trabalha a capacidade funcional para que a pessoa consiga uma maior independência no dia a dia. Inclui: fisioterapia, atividade física, esporte, reeducação da bexiga e intestino.</p> <p>O tratamento promove uma melhora na autoimagem, na autoestima, no autocuidado, no desempenho sexual e contribui para o bem-estar da pessoa com lesão medular.</p> <p>A seguir conheceremos as principais disfunções sexuais e os tratamentos específicos.</p> <p>15</p>														
<p>Página 15</p>		<p>Página 15</p>														

**Figura 11** – Síntese das alterações e ajustes na cartilha educativa de acordo com as recomendações dos juízes profissionais de saúde, designer gráficos e público-alvo (continuação).

1ª Versão	Sugestões dos juízes e público-alvo	Versão final														
<p><b>4. DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS</b></p> <p><b>4.1 A ereção depois da lesão medular</b></p> <p>A maioria dos homens com lesão da medula tem alguma capacidade de ereção. Mas a rigidez e o tempo de ereção podem estar comprometidos. A ereção acontece quando o pênis enche-se de sangue.</p> <div data-bbox="311 548 534 638"> </div> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tipos de ereção</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Psicogênica</b></td> <td>Comandada pelos pensamentos.</td> </tr> <tr> <td><b>Reflexa</b></td> <td>Ocorre pelo toque na região genital.</td> </tr> <tr> <td><b>Espontânea</b></td> <td>Ocorre por estímulo interno (bexiga cheia ao acordar).</td> </tr> </tbody> </table> <p>16</p>	Tipos de ereção		<b>Psicogênica</b>	Comandada pelos pensamentos.	<b>Reflexa</b>	Ocorre pelo toque na região genital.	<b>Espontânea</b>	Ocorre por estímulo interno (bexiga cheia ao acordar).	<p>- Modificar a legenda da ilustração; - Organizar o layout do quadro.</p>	<p><b>4. DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS</b></p> <p><b>4.1 A ereção depois da lesão medular</b></p> <p>A maioria dos homens com lesão da medula tem alguma capacidade de ereção. Mas a rigidez e o tempo de ereção podem estar comprometidos. A ereção acontece quando o pênis enche-se de sangue.</p> <div data-bbox="1141 548 1364 638"> </div> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tipos de ereção</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Psicogênica</b></td> <td>Comandada por pensamentos. Comum em pessoas com lesões abaixo de T11/T12.</td> </tr> <tr> <td><b>Reflexa</b></td> <td>Ocorre pelo toque na região genital. Comum em pessoas com lesões acima de T11/T12.</td> </tr> </tbody> </table> <p>16</p>	Tipos de ereção		<b>Psicogênica</b>	Comandada por pensamentos. Comum em pessoas com lesões abaixo de T11/T12.	<b>Reflexa</b>	Ocorre pelo toque na região genital. Comum em pessoas com lesões acima de T11/T12.
Tipos de ereção																
<b>Psicogênica</b>	Comandada pelos pensamentos.															
<b>Reflexa</b>	Ocorre pelo toque na região genital.															
<b>Espontânea</b>	Ocorre por estímulo interno (bexiga cheia ao acordar).															
Tipos de ereção																
<b>Psicogênica</b>	Comandada por pensamentos. Comum em pessoas com lesões abaixo de T11/T12.															
<b>Reflexa</b>	Ocorre pelo toque na região genital. Comum em pessoas com lesões acima de T11/T12.															
<p><b>4.2 Existe tratamento para melhorar a ereção?</b></p> <p>Sim. As dificuldades de ereção têm tratamento, que pode ser clínico ou cirúrgico (definitivo). A escolha do método deve considerar as condições, as necessidades e os interesses de cada indivíduo, além dos riscos e benefícios.</p> <p><b>Tratamentos clínicos</b></p> <p>O tratamento clínico pode ser com <b>medicação</b> ou <b>bomba de vácuo</b>.</p> <p>Melhoram o fluxo de sangue para o pênis facilitando a ereção, mas deve ser combinado com <b>estimulação sexual</b>.</p> <p><b>Medicação Oral:</b> Deve ser tomada cerca de uma hora antes da atividade sexual. Pode ser de alto custo.</p> <div data-bbox="406 1108 534 1220"> </div> <p>Exemplo: Viagra®</p> <p>17</p>	<p>- Incluir exames para a avaliação da fertilidade masculina; - Trocar nome comercial da medicação pelo nome do princípio ativo.</p>	<p><b>4.2 Existe tratamento para melhorar a ereção?</b></p> <p>Sim. A dificuldade de ereção tem tratamento, que pode ser clínico ou cirúrgico (definitivo). A escolha do método deve considerar as condições, as necessidades e os interesses de cada indivíduo, além dos riscos e benefícios.</p> <p><b>Atenção!</b> Todos os tratamentos necessitam de avaliação, prescrição médica e também de alguns exames de sangue, espermograma e ultrassonografia.</p> <p><b>Tratamentos clínicos</b></p> <p>Melhoram o fluxo de sangue para o pênis facilitando a ereção, mas devem ser combinados com <b>estimulação sexual</b>.</p> <p><b>Medicação Oral ou Sublingual:</b> Usar cerca de 30 a 60 minutos antes da atividade sexual. Pode ser de alto custo.</p> <p><b>Medicações mais comuns:</b> Sildenafil, Vardenafila e Tadalafila (substância).</p> <div data-bbox="1268 1131 1396 1243"> </div> <p>17</p>														
<p><b>5. DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS</b></p> <p><b>5.1 Alterações na função sexual da mulher com lesão medular</b></p> <p>Assim como nos homens, o genital feminino responde a estímulos sexuais que provocam o aumento do fluxo de sangue (vasocongestão) na vagina.</p> <div data-bbox="311 1444 534 1512"> </div> <p>Aumenta o clitóris, os pequenos e grandes lábios, libera secreção vaginal e contrai a parede vaginal e o útero.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tipos de vasocongestão vaginal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Psicogênica</b></td> <td>Comandada pelo pensamento.</td> </tr> <tr> <td><b>Reflexa</b></td> <td>Ocorre pelo toque na região genital.</td> </tr> </tbody> </table> <p>A lesão medular altera a vasocongestão, a lubrificação vaginal e a menstruação, mas é possível alcançar uma vida sexual ativa e satisfatória.</p> <p>23</p>	Tipos de vasocongestão vaginal		<b>Psicogênica</b>	Comandada pelo pensamento.	<b>Reflexa</b>	Ocorre pelo toque na região genital.	<p>- Organizar o layout do quadro.</p>	<p><b>5. DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS</b></p> <p><b>5.1 Alterações na função sexual da mulher com lesão medular</b></p> <p>Assim como nos homens, o genital feminino responde a estímulos sexuais que provocam o aumento do fluxo de sangue (vasocongestão) na vagina.</p> <div data-bbox="1141 1444 1364 1512"> </div> <p>Aumenta o clitóris, os pequenos e grandes lábios, libera secreção vaginal e contrai a parede vaginal e o útero.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tipos de vasocongestão vaginal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Psicogênica</b></td> <td>Comandada pelo pensamento. Comum em pessoas com lesões abaixo de T11/T12.</td> </tr> <tr> <td><b>Reflexa</b></td> <td>Ocorre pelo toque na região genital. Comum em pessoas com lesões acima de T11/T12.</td> </tr> </tbody> </table> <p>A lesão medular altera a vasocongestão, a lubrificação vaginal e a menstruação, mas é possível alcançar uma vida sexual saudável e satisfatória. Veja a seguir.</p> <p>23</p>	Tipos de vasocongestão vaginal		<b>Psicogênica</b>	Comandada pelo pensamento. Comum em pessoas com lesões abaixo de T11/T12.	<b>Reflexa</b>	Ocorre pelo toque na região genital. Comum em pessoas com lesões acima de T11/T12.		
Tipos de vasocongestão vaginal																
<b>Psicogênica</b>	Comandada pelo pensamento.															
<b>Reflexa</b>	Ocorre pelo toque na região genital.															
Tipos de vasocongestão vaginal																
<b>Psicogênica</b>	Comandada pelo pensamento. Comum em pessoas com lesões abaixo de T11/T12.															
<b>Reflexa</b>	Ocorre pelo toque na região genital. Comum em pessoas com lesões acima de T11/T12.															
Página 16		Página 16														
Página 17		Página 17														
Página 23		Página 23														

**Figura 11** – Síntese da alterações e ajustes na cartilha educativa de acordo com as recomendações dos juízes profissionais de saúde, *designer* gráficos e público-alvo (continuação).

1ª Versão	Sugestões dos juízes e público-alvo	Versão final
<p><b>Melhorando a lubrificação vaginal</b></p> <p>A lubrificação vaginal fica diminuída ou ausente após a lesão medular. Isso torna difícil a penetração e pode causar irritação da mucosa vaginal.</p>  <p>É aconselhável a utilização de lubrificantes vaginais à base de água que podem ser em géis, cremes ou camisinha lubrificada.</p> <p><b>Menstruação após a lesão medular</b></p> <p>A menstruação nos primeiros meses após a lesão pode estar ausente ou irregular, mas em torno de quatro a cinco meses ela se normaliza.</p>  <p>25</p>	<p>- Alterar o conteúdo sobre menstruação.</p>	<p><b>Melhorando a lubrificação vaginal</b></p> <p>A lubrificação vaginal fica diminuída ou ausente após a lesão medular. Isso torna difícil a penetração e pode causar irritação da mucosa vaginal.</p>  <p>É aconselhável a utilização de lubrificantes vaginais à base de água que podem ser em géis, cremes ou camisinha lubrificada.</p> <p><b>Menstruação após a lesão medular</b></p> <p>A menstruação pode estar ausente ou irregular nos primeiros seis meses a um ano, mas depois volta ao normal.</p>  <p>25</p>
<p>Página 25</p>		<p>Página 25</p>
<p><b>6.3 Identificar novas formas de sentir prazer</b></p> <p>A estimulação das áreas erógenas leva a sensações agradáveis de prazer e relaxamento. Elas podem ser feitas em qualquer parte do corpo, até mesmo nas partes sem sensibilidade (ajuda na ereção e vasocongestão).</p>  <p>Procure em seu corpo as áreas que lhe dão mais prazer. Use a criatividade! Existem muitas formas de relacionar-se sexualmente além da penetração.</p> <p>29</p>	<p>- Organizar o layout das legendas da ilustração</p>	<p><b>6.3 Identificar novas formas de sentir prazer</b></p> <p>A estimulação das áreas erógenas causa sensações agradáveis (prazer e relaxamento). Elas podem ser feitas em qualquer parte do corpo, até nas partes sem sensibilidade (ajuda na ereção e vasocongestão reflexa).</p>  <p>Procure em seu corpo as áreas que lhe dão mais prazer. Use a criatividade! Existem muitas formas de relacionar-se sexualmente além da penetração.</p> <p>29</p>
<p>Página 29</p>		<p>Página 29</p>
<p><b>Cuidados com as eliminações corporais</b></p> <p>Esvaziar a bexiga e o intestino antes da relação sexual, evitando acidentes e constrangimento, como urinar ou defecar sem perceber. Avisar o parceiro dessa possibilidade.</p> <p>Limitar a ingestão de líquidos antes da relação. Isso evita urinar durante a relação.</p>  <p>32</p>	<p>- Incluir conteúdo sobre controle intestinal.</p>	<p><b>Cuidados com as eliminações corporais</b></p> <p>Esvaziar a bexiga e o intestino antes da relação sexual, evitando acidentes e constrangimento, como urinar ou defecar sem perceber. Avisar o parceiro dessa possibilidade.</p> <p><b>Como melhorar a eliminação intestinal?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comer frutas e verduras (fibras);</li> <li>2. Tomar bastante água (2 litros por dia);</li> <li>3. Evacuar sempre no mesmo horário;</li> <li>4. Massagear a barriga durante a evacuação;</li> <li>5. Fazer estimulação retal (se necessário).</li> </ol>  <p>32</p>
<p>Página 32</p>		<p>Página 32</p>

**Figura 11** – Síntese da alterações e ajustes na cartilha educativa de acordo com as recomendações dos juízes profissionais de saúde, *designer* gráficos e público-alvo (conclusão).

1ª Versão	Sugestões dos juízes e público-alvo	Versão final																						
<p><b>6.6 Disreflexia Autonômica</b></p> <p>A disreflexia autonômica caracteriza-se pelo aumento rápido e descontrolado da pressão arterial. Ela é provocada por um estímulo excessivo (nocivo ou não) abaixo do nível da lesão medular.</p> <p>Afeta as pessoas com lesão medular cervical ou torácica superior (acima da 6ª vértebra torácica).</p> <p>Se não tratada de forma correta pode levar a complicações graves.</p> <p><b>Complicações</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Arritmias cardíacas;</li> <li>* Infarto;</li> <li>* Edema de pulmão;</li> <li>* Perda da visão;</li> <li>* Convulsões;</li> <li>* Hemorragias Cerebrais (AVC);</li> <li>* Coma;</li> <li>* Morte.</li> </ul> <p>33</p>	<p>- Reformular o conteúdo da disreflexia autonômica;</p> <p>- Retirar sigla;</p> <p>- Dar menos ênfase às complicações.</p>	<p><b>6.6 Disreflexia Autonômica</b></p> <p>A disreflexia autonômica caracteriza-se pelo aumento rápido e descontrolado da pressão arterial, provocada por um estímulo excessivo abaixo do nível da lesão medular.</p> <p>4. O sinal para diminuir a pressão arterial chega apenas na parte superior do corpo.</p> <p>5. A lesão medular impede que o sinal chegue na parte inferior do corpo (abaixo da lesão).</p> <p>3. O cérebro percebe o aumento da pressão arterial e sinaliza para o coração e os vasos sanguíneos diminuírem a pressão.</p> <p>2. Contração dos vasos sanguíneos (parte inferior do corpo) causa aumento da pressão arterial.</p> <p>6. A pressão arterial continuará a subir até que o estímulo seja retirado.</p> <p>1. Estímulo excessivo (na parte inferior do corpo). Exemplo: bexiga cheia.</p> <p>Complicações: arritmias cardíacas, infarto, edema de pulmão, perda da visão, convulsões, hemorragias cerebrais, coma e morte.</p> <p>33</p>																						
<p><b>Página 33</b></p>		<p><b>Página 33</b></p>																						
<p><b>Sinais e sintomas da disreflexia autonômica</b></p> <p>É importante saber reconhecer o início dos sintomas para evitar que a situação se agrave.</p> <p>Ansiedade, Dor de Cabeça, Visão Alterada e Congestão Nasal;</p> <p>Batimentos Aumentados ou Diminuídos, Pressão Alta;</p> <p>Arrepios, Suor Intenso e Pele Quente e Avermelhada.</p> <p>Pele Pálida e Fria.</p> <p>Algumas pessoas não apresentam sintomas iniciais. Isso retarda a detecção do problema, que pode já estar grave.</p> <p>34</p>	<p>- Refazer as ilustrações, pois as figuras não estão autoexplicativas;</p>	<p><b>Sinais e sintomas da disreflexia autonômica</b></p> <p>É importante saber reconhecer o início dos sintomas para evitar que a situação se agrave.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pressão alta e dor no peito</th> <th>Dor de cabeça ou ansiedade</th> <th>Suor intenso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Visão borrada ou nariz entupido</p> <p>Pele quente ou manchas vermelhas*</p> <p>Pele fria ou manchas roxas**</p> <p>* Na parte do corpo acima da lesão ** Na parte do corpo abaixo da lesão</p> <p>Algumas pessoas não apresentam sintomas iniciais. Isso retarda a detecção do problema, que pode já estar grave.</p> <p>34</p>	Pressão alta e dor no peito	Dor de cabeça ou ansiedade	Suor intenso																			
Pressão alta e dor no peito	Dor de cabeça ou ansiedade	Suor intenso																						
<p><b>Página 34</b></p>		<p><b>Página 34</b></p>																						
<p><b>Causas e medidas de controle da disreflexia autonômica</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Qual a causa?</th> <th>O que fazer?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Problema Urinário</td> <td>Pode ser bexiga cheia, sonda obstruída ou infecção; Passar sonda e retirar a urina lentamente;</td> </tr> <tr> <td>Problema Intestinal</td> <td>Pode ser constipação (intestino preso); Retirar as fezes manualmente;</td> </tr> <tr> <td>Problema na Pele, Mucosas e Unhas</td> <td>Retirar roupas apertadas; Tratar cortes, hematomas, feridas, queimaduras e unhas encravadas;</td> </tr> <tr> <td>Problema na Posição do corpo</td> <td>Sentar e manter a cabeça elevada; Mudar de posição para aliviar a pressão na pele;</td> </tr> </tbody> </table> <p>Outras causas: Cálculo renal, alterações na menstruação e na gravidez, lesões e infecções genitais.</p> <p>Essas medidas podem ser realizadas pela própria pessoa ou cuidador, mas requer treino. Em casos mais graves é preciso <b>tratamento médico imediato</b>, pois se trata de uma <b>emergência</b> que pode ser fatal.</p> <p>35</p>	Qual a causa?	O que fazer?	Problema Urinário	Pode ser bexiga cheia, sonda obstruída ou infecção; Passar sonda e retirar a urina lentamente;	Problema Intestinal	Pode ser constipação (intestino preso); Retirar as fezes manualmente;	Problema na Pele, Mucosas e Unhas	Retirar roupas apertadas; Tratar cortes, hematomas, feridas, queimaduras e unhas encravadas;	Problema na Posição do corpo	Sentar e manter a cabeça elevada; Mudar de posição para aliviar a pressão na pele;	<p>- Incluir o conteúdo relacionado à função sexual no quadro.</p>	<p><b>Causas e medidas de controle da disreflexia autonômica</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Qual a causa?</th> <th>O que fazer?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Problema Urinário</td> <td>Pode ser bexiga cheia, sonda obstruída, infecção ou cálculo renal. Passar sonda e retirar a urina lentamente.</td> </tr> <tr> <td>Problema Intestinal</td> <td>Pode ser constipação (intestino preso), hemorroida. Retirar as fezes manualmente.</td> </tr> <tr> <td>Problema na Pele, Mucosas e Unhas</td> <td>Retirar roupas apertadas; Tratar cortes, hematomas, feridas, queimaduras e unhas encravadas.</td> </tr> <tr> <td>Problema na Posição do corpo</td> <td>Sentar e manter a cabeça elevada; Mudar de posição para aliviar a pressão na pele.</td> </tr> <tr> <td>Problemas Sexuais e Reprodutivos</td> <td>Pode ser estimulação sexual excessiva, compressão dos testículos, cólicas menstruais, lesões e infecções genitais, trabalho de parto prolongado; Reconhecer e tratar.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Algumas medidas podem ser realizadas pela própria pessoa ou cuidador, mas requer treino. Em casos mais graves é preciso <b>tratamento médico imediato</b>, pois se trata de uma <b>emergência</b> que pode ser fatal.</p> <p>35</p>	Qual a causa?	O que fazer?	Problema Urinário	Pode ser bexiga cheia, sonda obstruída, infecção ou cálculo renal. Passar sonda e retirar a urina lentamente.	Problema Intestinal	Pode ser constipação (intestino preso), hemorroida. Retirar as fezes manualmente.	Problema na Pele, Mucosas e Unhas	Retirar roupas apertadas; Tratar cortes, hematomas, feridas, queimaduras e unhas encravadas.	Problema na Posição do corpo	Sentar e manter a cabeça elevada; Mudar de posição para aliviar a pressão na pele.	Problemas Sexuais e Reprodutivos	Pode ser estimulação sexual excessiva, compressão dos testículos, cólicas menstruais, lesões e infecções genitais, trabalho de parto prolongado; Reconhecer e tratar.
Qual a causa?	O que fazer?																							
Problema Urinário	Pode ser bexiga cheia, sonda obstruída ou infecção; Passar sonda e retirar a urina lentamente;																							
Problema Intestinal	Pode ser constipação (intestino preso); Retirar as fezes manualmente;																							
Problema na Pele, Mucosas e Unhas	Retirar roupas apertadas; Tratar cortes, hematomas, feridas, queimaduras e unhas encravadas;																							
Problema na Posição do corpo	Sentar e manter a cabeça elevada; Mudar de posição para aliviar a pressão na pele;																							
Qual a causa?	O que fazer?																							
Problema Urinário	Pode ser bexiga cheia, sonda obstruída, infecção ou cálculo renal. Passar sonda e retirar a urina lentamente.																							
Problema Intestinal	Pode ser constipação (intestino preso), hemorroida. Retirar as fezes manualmente.																							
Problema na Pele, Mucosas e Unhas	Retirar roupas apertadas; Tratar cortes, hematomas, feridas, queimaduras e unhas encravadas.																							
Problema na Posição do corpo	Sentar e manter a cabeça elevada; Mudar de posição para aliviar a pressão na pele.																							
Problemas Sexuais e Reprodutivos	Pode ser estimulação sexual excessiva, compressão dos testículos, cólicas menstruais, lesões e infecções genitais, trabalho de parto prolongado; Reconhecer e tratar.																							
<p><b>Página 35</b></p>		<p><b>Página 35</b></p>																						

Fonte: Elaborado pela autora.

## 5.8 Avaliação de resultados em saúde com o público-alvo

Participaram desta etapa 20 pessoas com lesão medular, cabe lembrar que foram excluídas as pessoas que participaram da validação de aparência da cartilha educativa, ou seja, são pessoas que tiveram o primeiro contato com a cartilha educativa após a conclusão do processo de validação. Na Tabela 22, mostra-se a caracterização sociodemográfica desses participantes.

**Tabela 22** – Análise descritiva dos dados de caracterização do público-alvo da avaliação de resultados. Fortaleza, 2017.

Variáveis	n = 20	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	5	25,0
Masculino	15	75,0
<b>Faixa etária</b>		
De 20 a 29 anos	7	35,0
De 30 a 39 anos	7	35,0
De 40 a 49 anos	1	5,0
De 50 a 59 anos	4	20,0
Acima de 60 anos	1	5,0
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental	8	40,0
Médio	10	50,0
Superior	2	10,0
<b>Etnia</b>		
Branco	4	20,0
Negro	4	20,0
Pardo	12	60,0
<b>Religião</b>		
Católico	11	55,0
Evangélico	7	35,0
Não informado	2	10,0
<b>Estado civil</b>		
Casado	6	30,0
Solteiro	10	50,0
União estável	2	10,0
Separado	2	10,0
<b>Profissão/Ocupação</b>		
Sim	3	25,0
Não	17	75,0
<b>Renda familiar<sup>1</sup></b>		
1 salário	4	20,0
2 – 3 salários	9	45,0
≥ 4 salários	7	35,0
<b>Fonte de Renda</b>		
Aposentado	12	60,0
Benefício <sup>2</sup>	4	20,0
Emprego/Trabalho/Autônomo	4	20,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Dados gerados pela autora. <sup>1</sup>O salário mínimo durante o estudo foi de R\$937,00. <sup>2</sup>Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social.

De acordo com a caracterização desta amostra do público-alvo, podemos observar que houve predomínio do sexo masculino (75%); com idade média de 37,7 anos (DP  $\pm$  12,7) e faixa etária de 20 a 29 anos (35 %) e de 30 a 39 anos (35 %); etnia parda (60%); 40% dos participantes tinham cursado até o ensino fundamental e 50% tinham cursado até o ensino médio; a religião predominante foi a católica (55%); e o estado civil predominante foi o solteiro (50%) (Tabela 38).

Quanto aos dados econômicos da amostra, podemos observar que a maioria das pessoas estavam sem ocupação profissional (75%), com renda familiar igual ou superior a dois salários mínimos (80%), e a principal fonte de renda era a aposentadoria (60%) (Tabela 23).

**Tabela 23** – Análise descritiva das variáveis quantitativas do público-alvo da avaliação de resultados. Fortaleza, 2017.

Variáveis quantitativas	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
<b>Idade*</b>	37,7	12,7	22,0	34,0	62,0
<b>Tempo de lesão*</b>	11,4	7,6	2,0	10,0	30,0

Fonte: Dados gerados pela autora. \*Medida: anos.

Além dos dados sociodemográficos também foram analisados os dados de caracterização clínica do público-alvo (Tabela 24).

**Tabela 24** – Análise descritiva dos dados clínicos do público-alvo da avaliação de resultados. Fortaleza, 2017.

Variáveis	n = 20	%
<b>Tipo de lesão</b>		
Paraplegia completa	13	65,0
Paraplegia incompleta	4	20,0
Tetraplegia	3	15,0
<b>Nível da lesão</b>		
Cervical	3	15,0
Torácica	13	65,0
Lombar	4	20,0
<b>Causa da lesão</b>		
Acidente automobilístico	2	10,0
Perfuração por arma de fogo	12	80,0
Queda	2	10,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Dados gerados pela autora.

De acordo com a caracterização clínica da amostra do público-alvo, podemos observar que a maior parte da amostra era constituída por pessoas com lesão medular do tipo

paraplegia completa (65%), seguido por paraplegia incompleta (20%) e apenas três participantes eram tetraplégicos (15%). Quanto ao nível da lesão medular, houve predomínio de lesão no seguimento torácico da medula espinhal (65%). As causas principais da lesão medular foram perfuração por arma de fogo (80%) e acidente automobilístico (10%). O tempo médio de lesão medular foi de 11,4 anos ( $DP \pm 7,6$ ) (Tabelas 23 e 24).

**Tabela 25** – Análise descritiva da atividade sexual do público-alvo da avaliação de resultados. Fortaleza, 2017.

Variáveis	n = 20	%
<b>Tem companheiro</b>		
Sim	15	75,0
Não	5	25,0
<b>Vida sexual ativa antes da lesão</b>		
Sim	19	95,0
Não	1	5,0
<b>Vida sexual ativa atualmente (após a lesão)</b>		
Sim	6	30,0
Não	14	70,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Dados gerados pela autora.

De acordo com a caracterização da atividade sexual do público-alvo, podemos observar que 75% possuíam companheiro, sendo 40% casados e 10% em união estável. Quanto a atividade sexual, 95% referiam ter vida sexual ativa antes da lesão, mas apenas 30% referiam vida sexual ativa após a lesão medular (Tabela 25).

Na presente pesquisa, cada participante foi avaliado segundo os domínios do CAP (conhecimento, atitude e prática) em três momentos diferentes: pré-teste (PT), antes de ler a cartilha; pós-teste imediato (PTI), após a leitura imediata da cartilha; e pós-teste tardio (PTT), duas semanas após a leitura da cartilha, via contato telefônico. Para avaliar os domínios do CAP nos três momentos do estudo, utilizou-se a metodologia das amostras pareadas. Nesta, o indivíduo é avaliado mais de uma vez.

Para efetuar a análise, empregou-se a pontuação obtida pelo paciente em cada domínio do CAP, a qual está descrita detalhadamente no Quadro 6 (ver item 4.6.2). A pontuação total do conhecimento foi 10 pontos; da atitude, 3 pontos e da prática, 8 pontos. Adotou-se a seguinte classificação: conhecimento adequado (pontuação entre 6-10 pontos) e conhecimento inadequado (pontuação  $\leq 5$  pontos); atitude adequada (pontuação entre 2-3 pontos) e inadequada (pontuação  $\leq 1$  ponto); prática adequada (pontuação entre 5-8 pontos) e prática inadequada (pontuação  $\leq 4$  pontos).

Na tabela 42, mostra-se a disposição das médias, com seus respectivos intervalos de confiança, e as medianas da pontuação dos domínios do CAP nos três momentos, Pré-Teste (PT), Pós-Teste Imediato (PTI) e Pós-Teste Tardio (PTT).

**Tabela 26** – Análise descritiva das variáveis quantitativas do público-alvo da avaliação de resultados. Fortaleza, 2017.

Variáveis quantitativas	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
<b>Conhecimento</b>					
PT <sup>1</sup>	7,95	1,70	4	8,5	10
PTI <sup>2</sup>	9,8	0,61	8	10	10
PTT <sup>3</sup>	9,8	0,61	8	10	10
<b>Atitude</b>					
PT	2,95	0,22	2	3	3
PTI	3	0	3	3	3
PTT	3	0	3	3	3
<b>Prática</b>					
PT	7,75	0,91	4	8	8
PTI	8	0	8	8	8
PTT	8	0	8	8	8

Fonte: Dados gerados pela autora. <sup>1</sup>Pré-Teste. <sup>2</sup>Pós-Teste Imediato. <sup>3</sup>Pós-Teste Tardio

De acordo com a Tabela 26, verificou-se que a média da pontuação dos três domínios foi alta no Pré-Teste (PT). As médias do conhecimento, da atitude e da prática foram, respectivamente, 7,95 (DP±1,7), 2,95 (DP±0,22) e 7,75 (DP±0,91), sendo que 50% dos participantes atingiram entre quatro e oito pontos no conhecimento, 95% dos participantes atingiram três pontos na atitude e 90% atingiram oito pontos na prática. Diante de tais pontuações, pôde-se observar que, no PT, a maioria dos pacientes apresentou pontuação equivalente a conhecimento adequado, atitude adequada e prática adequada, embora não tenham atingido 100% de acerto. Deve-se ressaltar que, no grupo investigado, os participantes tinham um tempo médio de lesão medular de 11,4 anos (DP±7,7) e já estavam adaptados a esta condição.

Após a implementação da cartilha, foi aplicado o Pós-Teste Imediato, nesta etapa foi observado uma elevação da média da pontuação nos três domínios. As médias do conhecimento, da atitude e da prática foram, respectivamente, 9,8 (DP± 0,61); 3,0 (DP= 0) e 8,0 (DP = 0), sendo que 90% dos participantes atingiram dez pontos no conhecimento e 100% dos participantes atingiram a pontuação máxima a atitude e na prática. Logo, identificou-se que, depois da leitura da cartilha, a pontuação dos três domínios teve uma elevação, sendo mantendo o conhecimento adequado, a atitude adequada e a prática adequada (Tabela 26).

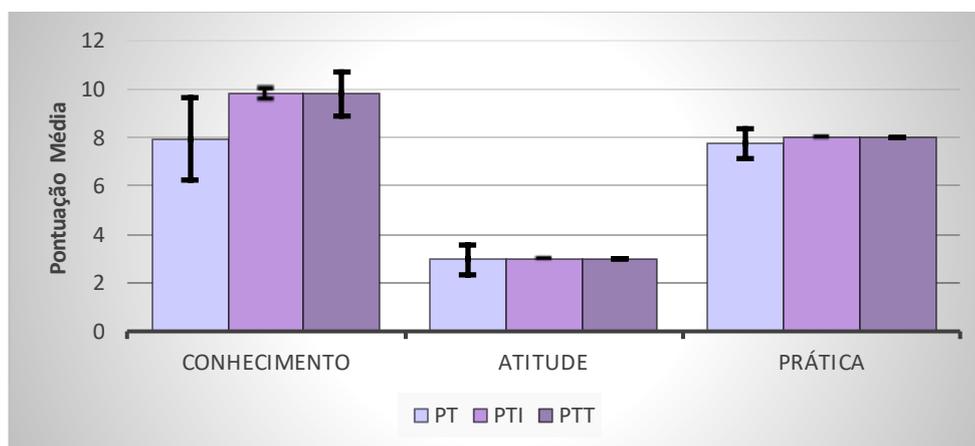
O Pós-Teste Tardio (PTT) foi realizado após duas semanas por meio de ligação telefônica e os resultados obtidos foram exatamente iguais aos obtidos no pós-teste imediato (Tabela 26).

Com o intuito de verificar se a elevação e a redução das pontuações foram significativas, aplicou-se o teste de Friedman. Encontrou-se  $p\text{-valor} < 0,001$  no domínio conhecimento,  $p = 36,788$  no domínio atitude e  $p = 13,534$  no domínio prática. Portanto, conclui-se que houve um efeito diferente nos três momentos, PT, PTI e PTT apenas para o domínio conhecimento, sendo considerado estatisticamente um efeito bastante significativo, demonstrando que houve um aumento do conhecimento após a aplicação da cartilha.

Já nos domínios atitude e prática os resultados evidenciam que as médias de pontuação foram semelhantes nos três momentos, ou seja, os participantes já apresentavam uma atitude e prática considerada adequada mesmo antes da aplicação da cartilha, mas ainda assim, foi observado um pequeno aumento nestes domínios.

Para sintetizar a apresentação dos dados da pontuação, elaborou-se o Gráfico 6, na forma de colunas, as quais representam a média das pontuações obtidas no PT, PTI e PTT para os domínios conhecimento, atitude e prática, acrescido do intervalo de confiança para a média.

**Gráfico 6** – Distribuição das médias das pontuações dos pacientes referentes ao conhecimento, atitude e prática, acrescido do intervalo de confiança para a média.



Fonte: Dados gerados pela autora.

Em uma avaliação geral podemos inferir que a média da pontuação no PTI eleva-se em relação à média no PT, e é mantida no PTT, com duas semanas. Assim, identificou-se que não houve o efeito tempo na pontuação dos participantes nos três momentos. De acordo com os dados apresentados, percebe-se que o efeito imediato da cartilha educativa foi positivo nos três domínios do CAP, principalmente no domínio conhecimento, uma vez que se verificou o aumento nas pontuações do conhecimento, atitude e prática do PTI x PT.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Discussão sobre a pesquisa documental sobre os interesses e as necessidades educacionais do público-alvo

O mundo presenciou nos últimos anos uma radical transformação tecnológica, que ampliou o acesso à informação, sobretudo por meio da *internet*. No Brasil, o uso da *internet* tem crescido a cada ano, alcançando 58% da população brasileira em 2016, isso significa que aproximadamente 102 milhões de brasileiros fazem uso desta Tecnologia de Informação e Comunicação (Brasil, 2016)

A *internet* é amplamente acessada tanto por meio de computadores quanto por dispositivos móveis, principalmente em aparelhos celulares, podendo ser utilizada como: local de pesquisas (para buscar referências científicas), objeto de pesquisa (aquilo que se estuda) e instrumento de pesquisa (ferramenta para coleta de dados) (FOCOSI; SOUZA, 2016).

Na área da saúde existe cada vez mais informações disponíveis, assim sendo o acesso à informação técnico-científica, aliado ao aumento do nível educacional das populações tem feito surgir indivíduos que buscam ativamente informações sobre suas condições de saúde. As inúmeras páginas de busca facilitam, ainda mais, esta posição proativa do indivíduo diante da *internet*, buscando orientar-se cada vez mais independentemente (GIGLIO, A. *et al.*, 2012).

A *internet* tornou-se um contexto social importante, modificando as relações sociais entre os indivíduos devido à qualidade e à quantidade de conhecimentos disponíveis, bem como pelo rápido e fácil acesso a esses (VALLI; COGO, 2013).

Os achados mostram que a *internet* se constitui uma ferramenta de promoção da saúde, e conseqüentemente, de empoderamento de indivíduos e coletividades, ou seja, uma aliada na sua busca em melhor compreender o que sente e trocar conhecimentos. Entende-se como promoção de saúde o processo de capacitação do indivíduo e da comunidade a fim de atingir o bem-estar físico, mental e social, (MAEYAMA, 2015). O empoderamento, de acordo com a definição do Ministério da Saúde, entende-se por processo por meio do qual indivíduos ou grupos desenvolvem habilidades e capacidades para a tomada de decisão e controle sobre suas vidas e sobre os determinantes sociais; tornando-os capazes de expressar suas necessidades, demandas e preocupações, bem como vislumbrar estratégias de envolvimento no processo decisório e nas ações voltadas para buscar respostas a estas necessidades (BRASIL, 2012).

Focosi e Souza (2016) revelam que as pessoas recorrem à *internet* para buscarem informações a respeito de sua própria saúde e de seus familiares e que as informações obtidas na *internet* influenciam as decisões que o indivíduo assume sobre sua saúde, seu tratamento e a decisão de procurar auxílio médico/profissional ou não. Os autores acima, destacam que há um reforço para o uso da *internet*, pois a informação disponibilizada pode auxiliar na busca e respaldar a necessidade de procurar atendimento de profissionais de saúde. Por outro lado, quando o paciente procura tratamento e sente que não está sendo tratado adequadamente é comum que dúvidas e inseguranças em relação ao seu quadro clínico apareçam e, novamente, a rede de *internet* é o maior meio de acesso para mobilizar outros recursos e atender às suas necessidades.

Outra possibilidade que a *internet* oferece é a interação entre os usuários, por meio de comunidades virtuais, nas quais pessoas com afinidades ou que vivenciam uma mesma situação discutem cuidados ou trocam informações sobre temas de saúde (EDWARD et al., 2010; BARROS; SOUSA; TURRINI, 2013).

Essa interação é apontada como uma poderosa estratégia para manejar diversas condições clínicas, oferecendo melhorias na qualidade de vida dos usuários, promovendo maior autonomia, proatividade e autoconfiança entre os participantes. Além de benefícios como melhora no convívio social e no aprendizado, redução da desesperança, melhor enfrentamento das situações de vida, maiores conhecimentos sobre a doença, alívio emocional e melhoria clínica (MORETTI; OLIVEIRA; SILVA, 2012)

Uma das ferramentas de interação virtual muito popular é o *blog*, também conhecido como “diário da *internet*”. Esse gênero digital é um tipo de diário virtual público que contém informações específicas sobre uma determinada pessoa, lugar ou situação, sendo usado para expressar ideias, opiniões e posição frente a determinado assunto (MARCUSCHI, 2010; KOMESU, 2010).

De acordo com Gonçalves (2011), os sites mais populares para se criar, manter e hospedar um *blog* são o WordPress (<http://wordpress.org>) e o Blogger (<http://www.blogger.com>). O conteúdo de um *blog* é apresentado através de publicações, que são denominadas de *postagens* ou *posts*, e normalmente são organizados por datas e categorias, com o *post* mais recente sendo exibido em primeiro lugar.

Geralmente, no *blog* existe uma ferramenta que permite aos usuários (leitores) que visualizam o *post* publicar um comentário sobre o assunto discutido. Os comentários de um *blog* podem ser gerenciados pelo criador (autor) do *blog*, desta forma, é possível gerenciar quem pode comentar e quais tipos de comentários os leitores podem fazer nas *postagens* do seu *blog*,

existe a opção de permitir comentários apenas de usuários registrados e a opção de aprovar ou excluir um comentário; não há limite para o número de comentários em uma postagem.

Acredita-se que na *internet* a pessoa tenha mais liberdade para se expressar, uma vez que não necessita expor-se perante o outro para dizer o que deseja (SOUSA, 2011). Diante dessa perspectiva os *blogs* permitem que haja interação e troca de experiências com diversas pessoas de forma menos inibida, pois para fazer um comentário em alguma publicação existe a opção de utilizar “codinomes” ou anonimato. Portanto, a busca em *blogs* sobre essa temática é uma boa estratégia para conhecer os interesses e dúvidas do público-alvo sobre a temática da sexualidade, considerando que se trata de um assunto que geralmente está ligado a questões que diz respeito a intimidade da pessoa e que muitos evitam falar abertamente em público.

Na presente pesquisa, uma das maiores preocupações evidenciadas nos comentários dos *blogs* e nos relatos do público-alvo que avaliou a cartilha era em relação a capacidade de ereção, ejaculação e fertilidade do homem com lesão medular.

No presente estudo, observamos por meio da pesquisa documental nos *blogs* que o método mais difundido para a aquisição de uma ereção satisfatória é o uso de medicamentos orais ou injetáveis. Essa observação também foi citada por Cavalcante *et al.* (2008), Hess e Hough (2012).

Alguns comentários dos *blogs* foram referentes à ejaculação, onde um relato indaga se a ejaculação poderia ser obtida com os tratamentos da disfunção erétil e como podemos observar os mecanismos da ejaculação são ainda mais complexos que os da ereção, portanto, são necessários outros tipos de tratamentos como veremos a seguir. A análise dos *blogs* mostra que a incontinência urinária é uma preocupação bastante frequente, principalmente entre as mulheres com lesão medular.

A partir dos relatos, observou-se que muitas pessoas acreditam que a pessoa com lesão medular se torna assexuada a partir da deficiência, que são inaptas à atividade sexual e que isso seria um impedimento para um relacionamento afetivo sexual. Essas crenças são relatadas nos comentários da temática “lesão medular e o mito da assexualidade”. Essa crença é frequentemente relata na literatura. (AKMAN; CELIK; KARATAS, 2015).

Até mesmo algumas pessoas quando são acometidas pela lesão medular inicialmente têm essas crenças, por perceberem as alterações que ocorrem em seu corpo, mas com o tempo e com as adaptações eles começam a se perceber aptas a exercerem sua sexualidade, mas depende muito do apoio profissional, do interesse e busca de conhecimento sobre a função sexual e os ajustes sexuais. Os relatos da temática “negação da sexualidade” retratam bem essa questão, neles observamos que os companheiros/parceiros que tinham lesão

medular evitaram o envolvimento e a relação sexual. A reabilitação sexual deve ser instituída desde de o início do tratamento da lesão medular para que a reorganização da sexual ocorra de forma gradual e orientada (GARRETT, 2012; KHAK *et al.*, 2014).

Parte do preconceito deve-se ao desconhecimento e a desinformação acerca da sexualidade humana, que levam muitas pessoas, por questões culturais, associarem a sexualidade apenas a atividade sexual genital. A falta de conhecimento sobre as alterações na função sexual decorrentes da lesão medular também pode contribuir para isso (GARRETT, 2012).

Entretanto, os *blogs* são uma importante ferramenta para combater o preconceito e desfazer mitos e tabus sobre a sexualidade da pessoa com lesão medular. Através de relatos e experiências compartilhadas é possível perceber que as pessoas com lesão medular podem ter uma vida sexual ativa e satisfatória.

Uma outra questão pouco discutida, mas que merece observação é a questão da homossexualidade e deficiência, isso porque, muitas vezes o preconceito é em dobro. Mas existem pessoas que conseguem atravessar a barreira do preconceito e buscam relacionar-se afetivamente e sexualmente com alguém que tem a lesão medular, e novamente o desconhecimento sobre a função sexual vem à tona em formas de dúvidas.

A busca por informações nos *blogs* sobre relacionamento partiu de mulheres que pretendiam iniciar um relacionamento com alguém que possuía lesão medular e de companheiras e parceiras que já estavam se relacionando com estes. As mulheres que estavam no início do relacionamento tinham dúvidas sobre a capacidade do homem com lesão medular para a atividade sexual e como proceder durante o ato sexual. Já as mulheres que já se relacionavam a mais tempo com uma pessoa com lesão medular ainda possuíam muitas dúvidas sobre a atividade sexual e buscavam compreender as limitações impostas pela deficiência e formas de superá-las para o alcance da satisfação sexual mútua. Os relatos evidenciam a importância de incluir o companheiro/parceiro no processo de reabilitação sexual da pessoa com lesão medular (CAVALCANTE *et al.*, 2008; MACHADO; MIRA, 2010; CRAMP; COURTOIS; DITOR, 2015).

O principal motivo que as levaram a buscarem informações em fontes como *blogs* foi o receio de perguntar ao parceiro e a preocupação em causar constrangimentos; outro motivo também percebido na análise dos relatos é que estas pessoas buscavam encontrar no *blog* alguém que pudesse relatar experiências vividas na prática.

O relacionamento afetivo sexual com pessoa com lesão medular também é um assunto bastante discutido nos *blogs*. Muitas internautas relataram nos *blogs* seus

relacionamentos amorosos com homens que tem lesão medular e deixam bastante evidente que a deficiência não é um fator que possa trazer problemas ao relacionamento. Elas relatam que fatores como cumplicidade entre o casal, aprender a lidar com as limitações do parceiro, paciência e amor são essenciais para um bom relacionamento e declaram estarem bastante satisfeitas com a relação, inclusive sexualmente. Três destas mulheres afirmam que relacionar-se com homens com lesão medular trouxe a elas mais satisfação sexual do em relacionamentos com homens sem deficiência nenhuma e deixam entrelinhas que um dos motivos que as satisfazem é a atenção e o carinho que lhes são dispensadas.

Já os homens que possuem lesão medular, buscam nos *blogs* informações mais específicas sobre a função sexual. Através da análise dos relatos é possível perceber que a maioria dos homens com lesão medular consegue ter ereção, mas apresentam dificuldades para manter a ereção e ejacular, esses relatos correspondem aos achados na literatura (MACHADO; MIRA, 2010; GARRETT, 2012). Muitos conhecem os tratamentos farmacológicos para disfunção erétil, mas desconhecem que esses tratamentos são específicos apenas para a ereção, eles acreditam que a capacidade de ejacular também poderia melhorar com esse tipo de tratamento, porém, a literatura mostra que os mecanismos da ejaculação são mais complexos, mas existem tratamentos específicos com a vibroestimulação peniana que pode auxiliar na ejaculação (OLIVEIRA *et al.*, 2016; AKMAN; CELIK; KARATAS, 2015; ALBRIGHT *et al.*, 2015; TORRECILHA *et al.*, 2014).

Um relato destaca a importância de buscar tratamento profissional, cita o urologista, no entanto, muitos homens recorrem aos *blogs* para a troca de experiências sobre os tratamentos farmacológicos e buscam orientações sobre medicações e dosagens para a obtenção de melhores resultados. Um outro relato ressalta importância do acompanhamento psicológico para um melhor desempenho sexual para além do tratamento clínico-farmacológico. É comum os homens com lesão medular com disfunção sexual buscarem informações com amigos, no entanto, é de extrema importância que eles busquem ajuda e tratamento com profissionais de saúde experientes na reabilitação sexual (CAVALCANTE *et al.*, 2008; GARRETT *et al.*, 2009; MACHADO; MIRA, 2010).

Em um relato, um homem tetraplégico, nível cervical 5-6, refere: “*consigo ejacular mais depois da ejaculação sinto uma dorzinha chata, percebo que é por causa do aumento da pressão etc*”. Este relato evidenciam uma complicação, denominada disreflexia autonômica, que ocorre devido a um estímulo excessivo abaixo do nível da lesão e que provoca a elevação súbita e descontrolada da pressão arterial sistêmica, essa complicação é comum às pessoas que possuem lesão medular cervical e torácica acima do nível da sexta vertebra torácica (T6).

A preocupação com a ejaculação pelos homens, está associado a reafirmação da sua masculinidade, mas também, está associado a fertilidade e reprodução (GARRETT *et al.*, 2009; TORRECILHA *et al.*, 2014). As dúvidas a este respeito são comuns aos homens com lesão medular e às companheiras. Como referido anteriormente, existem técnicas que auxiliam na ejaculação, mas mesmo os homens com lesão medular que matem a capacidade de ejacular podem ter um comprometimento da qualidade e quantidade do esperma e podem necessitar de tratamento para a fertilização (KHAK *et al.*, 2014; TORRECILHA *et al.*, 2014).

A seguir são apresentados depoimentos de homens e mulheres com paraplegia ou tetraplegias que extraídos de uma publicação de um *blog*. Optamos por incluir esses depoimentos na análise, pois eles também retratam as dúvidas e interesses do público em estudo. A publicação, cujo título é “Sexualidade” abordavam três assuntos principais: a primeira relação sexual após a lesão medular; o prazer e a satisfação sexual; o controle vesical para a relação sexual. Os relatos são apresentados com depoimentos e foram distribuídos em três categorias de acordo como os três assuntos principais.

Os depoimentos mostram experiências positivas e negativas sobre a primeira relação sexual após a lesão medular. As experiências positivas estavam relacionadas à fatores como: receber orientação sexual desde o início da reabilitação; relacionar-se com um parceiro ou parceira sexual que já tenha intimidade prévia; conversar com o parceiro sobre a relação sexual; e evitar a tensão, ansiedade, medo, insegurança e procurar tentar relaxar. Já quando um ou mais destes fatores não estão presentes na relação é possível que a primeira experiência não seja satisfatória e prazerosa, mas com o tempo, com mais tentativas e atenção é possível alcançar a satisfação sexual. Incluir o parceiro ou parceira da pessoa com lesão medular no processo de reabilitação sexual é bastante recomendado pela literatura e pode favorecer a uma melhor satisfação sexual de ambos os parceiros (SHEPHERD *et al.*, 2012; DELPARTE *et al.*, 2014; NEWMAN *et al.*, 2014).

Os depoimentos no *blog* apontam caminhos para o prazer e a satisfação sexual como: conhecer o próprio corpo buscando áreas do corpo e situações que lhes tragam prazer; as carícias preliminares; ter intimidade com o parceiro, isso proporciona mais autoconfiança; proporcionar prazer ao parceiro também traz satisfação sexual pessoal e reafirmação da sexualidade; fatores psicológicos exercem grande influência na satisfação sexual, podendo ser determinante para o seu alcance ou não; a alteração da sensibilidade pode interferir no prazer, algumas pessoas referem ter diminuído, outras pessoas referem estar preservada ou ter aumentado na área íntima depois da lesão medular (GARRETT; MARTINS; TEIXEIRA, 2009; TORRIANI *et al.*, 2014).

A disreflexia autonômica foi novamente relatada por uma mulher tetraplégica que correlaciona essa complicação ao posicionamento do corpo durante a relação sexual e que percebe pela manifestação de dois sinais: arrepios no corpo e eritema facial (“rosto esquentado”). É importante que a pessoa com lesão medular saiba reconhecer os sinais e sintomas da disreflexia autonômica (CARVALHO *et al.*, 2010; HESS; HOUGH, 2012; OLIVEIRA, *et al.*, 2016).

Dois depoimentos enfatizam a importância da educação sexual durante o processo de reabilitação. As orientações sexuais ajudam na adaptação e ajustes sexuais após a lesão medular. Essas informações foram repassadas aos parceiros, mais uma vez é reforçado a necessidade de incluir o companheiro/parceiro no processo de reabilitação sexual da pessoa com lesão medular (KREUTER; SIOSTEEN; SORENSEN, 2008; MYBURGH; FOURIE; NIEKERK, 2010; FRANÇA, 2011).

Outro fator que também pode interferir na relação sexual é o controle das eliminações corporais pela pessoa com lesão medular. A perda urinária pode ser um incidente comum às pessoas que apresentam algum descontrole dos esfíncteres urinários, especialmente em pessoas com lesão medular. No entanto, esse incidente pode ser bastante desagradável e constrangedor, principalmente quando ocorre quando a pessoa está em algum compromisso social ou em momentos íntimos como durante uma relação sexual.

Quando a perda urinária ocorre durante a relação sexual, ela pode prejudicar a satisfação sexual. Mas existem cuidados que ajudam a prevenir e lidar com esta situação caso ela ocorra. Os depoimentos evidenciam que estas pessoas já estavam bastante familiarizadas com os cuidados, eles relataram fazer o esvaziamento vesical (cateterismo vesical) e evitar a ingestão hídrica demasiada antes da relação sexual (MACHADO; MIRA, 2010; TORRIANI *et al.*, 2014; CRAMP; COURTOIS; DITOR, 2015)

Quanto a realização do cateterismo vesical, alguns relatos referem que geralmente a própria pessoa acometida pela lesão é quem realiza o cateterismo, mas dependendo do grau de comprometimento da lesão, por exemplo pessoa com tetraplegia que não tem movimentos dos braços, pode precisar de auxílio e até mesmo alguém que o cateterismo, este pode ser feito por uma pessoa íntima, familiar/cuidador, ou pelo parceiro sexual. Mas em ambas as situações é necessário instrução e treinamento.

Mas mesmo adotando medidas preventivas, ainda assim pode ocorrer algum incidente eventualmente, pois a própria relação sexual pode causar estímulos e provocar a perda urinária, então é importante que o parceiro seja informado e esteja ciente.

Mas é importante reconhecer que os *blogs* constituem uma importante ferramenta de compartilhamento de informações e experiências, além de ser uma rede de relações sociais que possibilita ajuda mútua e direciona para o empoderamento de indivíduos e favorece a inclusão social de algumas minorias, como as pessoas com deficiência, em especial, as pessoas com lesão medular.

A análise das informações contidas nos *blogs*, publicações, comentários e depoimentos, possibilitou conhecer os interesses e necessidades educacionais das pessoas com lesão medular e companheiros/parceiros sobre a sexualidade, função e atividade sexual.

Os resultados da pesquisa documental realizada nos *blogs*, revela a necessidade de profissionais de saúde desenvolverem materiais educativos confiáveis, fundamentados em literatura científica, mas com linguagem acessível a essa população, para que eles possam utilizar como apoio educacional ajudando no esclarecimento de dúvidas sobre a sexualidade e função sexual de forma rápida e precisa, para tanto o material poderá ser impresso ou digital.

## **6.2 Discussão sobre o conteúdo da cartilha educativa**

Conforme mencionado anteriormente, foram realizados dois estudos para determinar o conteúdo da cartilha, a pesquisa documental em *blogs* e a revisão integrativa da literatura.

No primeiro estudo, foram identificadas as seguintes categorias temáticas nos *blogs*: mitos, tabus e preconceitos acerca da sexualidade da pessoa com lesão medular; desconhecimento e dúvidas sobre relacionamento sexual com pessoa com lesão medular; disfunção sexual de homens com lesão medular e tratamentos; relacionamento sexual; primeira relação sexual após a lesão medular; prazer e satisfação após a lesão medular; e controle vesical e relação sexual da pessoa com lesão medular.

No segundo estudo, as categorias temáticas da revisão de integrativa da literatura foram: sexualidade; função sexual e lesão medular; desejo e satisfação sexual na lesão medular; reabilitação e educação sexual; disfunção sexual masculina; disfunção sexual feminina; satisfação sexual; disreflexia autonômica.

A partir da análise destes dois estudos foi identificado três principais assuntos para compor a cartilha: sexualidade, função sexual e atividade sexual da pessoa com lesão medular.

Portanto, a elaboração de uma tecnologia educativa construída a partir de evidências científicas e validada por profissionais especialistas na área de neurologia e público-alvo pode ajudar as pessoas com lesão medular a conhecer e compreender melhor a sua

sexualidade e a função sexual; auxiliar no seu processo de reabilitação geral e sexual; e contribuir para o alcance de uma vida sexual saudável e satisfatória com impacto positivo na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

A partir da categoria temática função sexual e lesão medular, podemos identificar que: a lesão medular além de comprometer a mobilidade, a sensibilidade e o funcionamento autônomo do corpo, tem grandes repercussões na função sexual e reprodutiva que variam de um indivíduo para outro de acordo com o nível e grau da lesão medular. E que existem dois mecanismos principais para a ativação da função sexual, os estímulos reflexos e psicogênicos.

A partir da categoria temática sexualidade, podemos apreender que: a sexualidade é um aspecto importante do comportamento humano, presente na vida de qualquer pessoa inclusive da pessoa com lesão medular, rompendo o tabu que a estes são assexuados devido sua condição física; e que diversos fatores psicossociais podem interagir e influenciar a sexualidade da pessoa com lesão medular para além do componente biológico, afetando direta e indiretamente a sua qualidade de vida.

O desejo e a satisfação sexual da pessoa com lesão medular podem estar diminuídos ou ausentes imediatamente após a pessoa ser acometida pela lesão medular devido a fatores físicos e psicológicos, alguns autores denominam esta fase de “luto sexual”, no entanto, depois de um período de adaptação e ajuste sexual que varia de um indivíduo para outro, é possível alcançar a satisfação sexual (GARRETT et al, 2009; CARNEIRO, NEVES, ABREU, BRITO, 2012).

Após o “luto sexual”, as pessoas começam a se redescobrirem e passam a sentir a necessidade de buscar informações acerca da sua sexualidade, função e atividade sexual, porém, tanto na literatura quanto na prática assistencial ainda não está bem estabelecido o momento adequado para iniciar a abordagem dessa temática. Mas, sabe-se que o processo de reabilitação deve incluir a educação sexual e contemplar aspectos físicos, psicológicos e emocionais da sexualidade e função sexual. Também é necessário que os profissionais de saúde estejam aptos e capacitados para trabalhar a educação sexual com pessoas acometidas por lesão medular, seus parceiros e familiares.

A disfunção sexual do homem com lesão medular foi uma temática bastante discutida nos estudos selecionados. A disfunção erétil e ejaculatória são as principais consequências da lesão medular na função sexual masculina e uma das principais preocupações desses homens. A fertilidade também fica comprometida na maioria dos homens com lesão medular. Os estudos apresentaram os principais tratamentos para a disfunção sexual masculina,

tratamentos estes que são comuns a qualquer homem com ou sem lesão medular, portanto foi incluso na análise um estudo que trata especificamente a disfunção erétil.

A função sexual feminina foi abordada em muitos estudos, estes apontavam tanto os aspectos físicos, como os comprometimentos da vasocongestão e lubrificação vaginal, quanto os aspectos psicológicos e emocionais imbricados na sexualidade da mulher com lesão medular (CAVALCANTE *et al.*, 2008; CARVALHO *et al.*, 2010). A fertilidade é preservada na maioria das mulheres com lesão medular, mas a gestação requer cuidados especiais para o acompanhamento pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério (HESS; HOUGH, 2012; MACHADO; MIRA, 2010). Também foi discutido em dois estudos a importância do planejamento familiar e métodos contraceptivos.

Os aspectos biológicos da função sexual são importantes e exercem influência na satisfação sexual, tais como os mecanismos da ereção, ejaculação, vasocongestão e lubrificação vaginal; o controle da função vesical e intestinal; dor e disreflexia autonômica. No entanto, os aspectos psicológicos e emocionais são determinantes para o alcance pleno da satisfação sexual, sendo necessário abordagens terapêuticas que buscam trabalhar a imagem corporal, o resgate da autoestima, o relacionamento afetivo com o parceiro e a descoberta de novas formas de sentir prazer (TORRIANI, 2014).

A disreflexia autonômica foi correlacionada a função sexual e reprodutiva da pessoa com lesão medular, podendo ser decorrentes de estimulação sexual excessiva, compressão dos testículos, cólicas menstruais, lesões e infecções genitais, trabalho de parto prolongado, além das causas já classicamente conhecidas como a função vesical e intestinal, posicionamento corporal e lesões na pele, mucosas e anexos (CARVALHO *et al.*, 2010; HESS; HOUGH, 2012; OLIVEIRA, *et al.*, 2016). Essa complicação pode acarretar em consequências graves à saúde da pessoa com lesão medular, portanto, foi considerado importante a discussão deste assunto na revisão integrativa e a inclusão de um capítulo sobre a disreflexia autonômica na cartilha educativa sobre a sexualidade da pessoa com lesão medula.

Os resultados obtidos com a análise dos estudos selecionados para a revisão integrativa demonstram a complexidade da temática da sexualidade, função e atividade sexual da pessoa com lesão medular, uma vez que os comprometimentos variam de um indivíduo para outro tanto nos aspectos biológicos quanto nos aspectos psicológicos e emocionais.

Portanto, a elaboração de uma tecnologia educativa construída a partir de evidências científicas e validada por profissionais especialistas na área de neurologia e público-alvo pode ajudar as pessoas com lesão medular a conhecer e compreender melhor a sua sexualidade e a função sexual; auxiliar no seu processo de reabilitação geral e sexual; e

contribuir para o alcance de uma vida sexual saudável e satisfatória com impacto positivo na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

### **6.3 Discussão sobre a aplicação da cartilha educativa com o público-alvo**

Na literatura internacional, foram identificados dois estudos que avaliaram o conhecimento, atitude e prática sobre aconselhamento sexual de pessoas com lesão medular. No entanto, não foram encontrados estudos sobre a avaliação do conhecimento, da atitude e da prática com a aplicação de materiais educativos em saúde a este público.

Um estudo foi realizado na Holanda e investigou os padrões de aconselhamento sexual fornecidos aos pacientes com lesão medular através da aplicação de um questionário que avaliou o conhecimento, a atitude e a prática de 89 neurocirurgiões e residentes em neurocirurgia que prestavam assistência às pessoas com lesão medular, todos eram membros da Associação Holandesa de Neurocirurgia e tinha experiência prática em neurocirúrgica de aproximadamente 9 anos (KORSE *et al.*, 2015).

Neste estudo foi observado que os profissionais reconhecem que 34% dos seus pacientes apresentavam alguma disfunção sexual relacionada a lesão medular, no entanto, 64% dos profissionais informaram que se omitem da responsabilidade de discutir sobre saúde sexual com o paciente e 73% indicaram que quase nunca abordavam esse assunto com os pacientes, e os motivos apresentados foram: a idade avançada dos pacientes (42%), falta de conhecimento do profissional (38%), falta de iniciativa do paciente para abordar o assunto (36%) e falta de tempo (26%) (KORSE *et al.*, 2015).

Vale salientar que quase 63% dos profissionais do estudo indicaram que a responsabilidade de iniciar a discussão sobre saúde sexual deve partir do paciente, mas 81% dos profissionais afirmaram que os pacientes quase nunca questionavam sobre esse assunto. Ao final do estudo, 50% dos profissionais reconheceram que gostariam de adquirir mais conhecimento para discutir sobre saúde sexual com seus pacientes, isso comprova que a pesquisa foi capaz de despertar a reflexão sobre a temática (KORSE *et al.*, 2015).

De acordo com Nepomuceno, Melo e Silva (2014), a literatura indica escassez de tratamentos, reabilitações e programas que oferecem atividades educativas sobre a sexualidade da pessoa com lesão medular. Isto pode ser um reflexo da falta de conhecimento dos profissionais da saúde em trabalhar esse assunto com os pacientes. Existe, ainda, um “tabu”

sobre o tema sexualidade, que interfere diretamente no cuidado prestado aos pacientes necessitados da assistência específica nesta temática (NEPOMUCENO; MELO; SILVA, 2014).

O estudo de Korse *et al.* (2015) mostra que apesar da alta prevalência de disfunção sexual em pacientes com lesão medular, o aconselhamento sobre a saúde sexual muitas vezes não é feito pelos profissionais de neurocirurgia. Mais formação sobre aconselhamento de saúde sexual no início do programa de residência parece crítica. Ao iniciar a discussão, os médicos que lidam com pacientes com lesão medular têm o potencial para detectar a disfunção sexual e encaminhar adequadamente quando necessário, melhorando assim a qualidade geral de vida de seus pacientes.

O outro estudo foi realizado em Pretória – África do Sul, investigou a eficácia do aconselhamento sexual durante a reabilitação de 102 pessoas com lesão medular, 81 homens e 21 mulheres, atendidos em um hospital de reabilitação. Neste estudo foi utilizado um questionário semi-estruturado com perguntas objetivas e subjetivas aplicado por meio de entrevista presencial e por ligação telefônica (MYBURGH; FOURIE; NIEKERK, 2010).

Este estudo mostrou que apenas 56% dos pacientes foram aconselhados sobre a função sexual durante a reabilitação, entre estes 64% gostariam de receber mais informações e 67,7% indicaram que as orientações foram insuficientes e não apresentaram as diferentes opções disponíveis para manter a função sexual. Quanto a fonte das orientações, 48% dos participantes relataram que foram orientados por terapeutas sexuais, 33% por médicos e 19% obtiveram informações de outras fontes. E 86% dos participantes entrevistados afirmaram que tiveram uma diminuição da atividade sexual em comparação ao momento antes da lesão medular (MYBURGH; FOURIE; NIEKERK, 2010).

Os estudos que utilizaram o inquérito CAP para avaliar o aconselhamento sexual a pessoas com lesão medular em diferentes públicos e contextos, evidenciaram que tanto os pacientes com lesão medular quanto os profissionais de saúde relatam a importância da saúde sexual na vida da pessoa com lesão medular e reconhecem a necessidade de um maior conhecimento sobre o assunto. Quanto a atitude, houve algumas divergências os pacientes esperam dos profissionais a iniciativa para falar sobre a sexualidade, porém, os profissionais muitas vezes aguardam a iniciativa do paciente. Ambos os estudos foram realizados com finalidade investigativa e não implementaram intervenções educativas, portanto, não foi possível estabelecer comparações entre a presente pesquisa e eles, mas evidenciaram a necessidade de promover o conhecimento para a mudança de atitude e prática em relação a educação sexual de pessoas com lesão medular.

No presente estudo, os resultados obtidos com a aplicação da cartilha educativa com o público-alvo revelaram que o material educativo foi capaz de promover conhecimento, mudança de atitude e prática das pessoas com lesão medular em relação a sexualidade, função sexual e atividade sexual. E a validação com os profissionais de saúde também mostrou que a cartilha poderá ser utilizada por profissionais de saúde que atuam no cuidado à pessoa com lesão medular como uma ferramenta de educação em saúde sexual.

Para complementar a discussão foram selecionados estudos nacionais e internacionais que abordam assuntos relacionados a avaliação da sexualidade, a educação e reabilitação sexual de pessoas com lesão medular.

Um estudo, controlado, transversal, multicêntrico, realizados em centros de reabilitação de lesão medular em quatro países (Suécia, Dinamarca, Noruega, Finlândia e Islândia), investigou a sexualidade e vida sexual de 545 mulheres com lesão medular, mostrou que 61% delas não haviam recebido qualquer informação após a lesão sobre a sexualidade durante a reabilitação embora 40% tenham manifestado o desejo de receber informações (KREUTER; SIOSTEEN; SORENSEN, 2008).

Neste sentido, Kreuter, Siosteen e Sorensen (2008), recomendam que as unidades de tratamento de saúde disponibilizem acesso fácil a materiais educativos sobre sexualidade e atividade sexual, tais como: filmes, livros e outras informações escritas. Disponibilizar o acesso a materiais educativos adequados ao público pode certamente romper com essas barreiras a relação profissional-paciente e favorecer o estabelecimento um canal de comunicação entre eles.

É essencial que o paciente receba orientação sobre as possíveis mudanças e métodos adaptativos, pois a informação pode efetivamente contribuir para resolver dúvidas e reduzir os medos em relação à nova condição (TORRIANI *et al.*, 2014).

Falar sobre sexualidade, um aspecto íntimo, requer o estabelecimento de uma relação respeitosa e vínculo entre o profissional e o paciente. O enfermeiro, por estar em contato direto e contínuo com o paciente, encontra-se em uma importante posição para promover a saúde nessa temática, no entanto, é necessário que esse profissional possua os conhecimentos e as habilidades clínicas para fornecer um aconselhamento sexual e uma assistência adequada. Na reabilitação sexual o enfermeiro envolvesse principalmente nas atividades relacionadas à educação sexual (CAVALCANTE *et al.*, 2008; TORRIANI *et al.*, 2014).

Cavalcante *et al.* (2007) ressalta a importância do enfermeiro no processo ensino-aprendizagem durante a reabilitação da pessoa com lesão medular, tanto o acometido como seus familiares precisam adquirir ferramentas que os tornem participantes do seu programa de

reabilitação. Ressalta-se, ainda, a importância da inserção do aconselhamento sexual no programa de reabilitação. Ademais, interessa ainda a acessibilidade aos programas de reabilitação.

O momento mais adequado para iniciar as orientações sobre questões sexuais após a lesão é bastante particular a cada paciente, pois na fase aguda da lesão as pessoas passam por um período de luto devido as perdas decorrentes da lesão e é necessário um apoio psicológico. Geralmente, neste período o paciente passa por uma fase de negação e muitas vezes uma orientação sexual neste momento pode ser de pouco valor. Mas estudos revelam que alguns pacientes preferem receber informações sobre a sexualidade na fase inicial da reabilitação de forma individualizada. (KREUTER; SIOSTEEN; SORENSEN, 2008; MYBURGH; FOURIE; NIEKERK, 2010).

Os relatos do público-alvo participante do processo de validação da cartilha e os comentários nos *blogs* indicam que embora alguns tenham recebido orientações sobre saúde sexual, muitos ainda apresentavam dúvidas e declararam que a cartilha ajudou esclarecê-las. Eles também consideram importantes apresentar a cartilha aos parceiros. Estudos revelam que a qualidade e a quantidade de informações fornecidas em programas de reabilitação relacionadas a orientação sobre a sexualidade da pessoa com lesão medular podem estar inadequadas (KREUTER; SIOSTEEN; SORENSEN, 2008; FRANÇA, 2011).

Reabilitação sexual bem-sucedida requer uma abordagem holística, multiprofissional e deve levar em consideração as circunstâncias físicas, psicológicas e interpessoais, diferenças culturais e de gênero. É importante que o paciente seja informado que existem várias possibilidades terapêuticas para as disfunções sexuais, dependendo do nível e extensão da lesão e da dificuldade vivenciada pelo indivíduo (KREUTER; SIOSTEEN; SORENSEN, 2008; MYBURGH; FOURIE; NIEKERK, 2010; FRANÇA, 2011).

A educação aplicada com uma intervenção estratégica realista para abordar a sexualidade como um relacionamento interpessoal é uma direção para um melhor desenvolvimento da prática clínica, implantação de serviços, esforços para otimizar a utilização e aprimoramento dos resultados da reabilitação (HESS; HOUGH, 2012).

O enfermeiro envolvido na reabilitação da pessoa com lesão medular deve avaliar as necessidades e desejos do indivíduo, ouvir as queixas e angústias do paciente e esclarecer com seriedade suas dúvidas, muitas vezes as dificuldades em adaptar-se à sua realidade deve-se à falta de orientações, por isso, um dos principais papéis do enfermeiro é ensinar os conhecimentos necessários à reabilitação, devendo-se também orientar sobre a sexualidade e os problemas sexuais consequentes desse agravo e, ainda, discutir as possibilidades existentes

para superar as dificuldades e abordar atitudes positivas frente à nova realidade de vida a pessoa com lesão medular. (CAVALCANTE *et al.*, 2008).

O enfermeiro deve compreender todo o processo e as alterações emocionais e físicas vivenciadas pela pessoa com lesão medular durante o retorno às atividades sexuais, para identificar, orientar e ajudar essas pessoas no enfrentamento e superação. O enfermeiro deve incluir, em seu planejamento de cuidado, a reabilitação da sexualidade da pessoa com lesão medular, pois a sexualidade é uma necessidade humana básica (CAVALCANTE *et al.*, 2008; NEPOMUCENO; MELO; SILVA, 2014)

Além disso, o enfermeiro deve identificar os diagnósticos, providenciar intervenções, elaborar resultados que o ajudem a resolver ou a reduzir suas preocupações e com vista a promoção da melhoria do desempenho sexual e na prevenção de complicações graves. (TORRIANI, 2014).

Além da reabilitação inicial, é importante manter um acompanhamento contínuo do paciente, pois podem surgir novas necessidades sexuais e preocupações depois que a pessoa retornar a sua vida cotidiana ou quando iniciar um novo relacionamento (KREUTER; SIOSTEEN; SORENSEN, 2008).

A inclusão do parceiro no processo de reabilitação sexual também é bastante valorizada por profissionais e pelas pessoas que foram acometidas pela lesão medular, pois o seu aprendizado diante da nova condição pode contribuir para uma relação sexual mais satisfatória para ambos. Tanto as pessoas com lesão medular como seus parceiros devem ter oportunidade de abordar este tema abertamente com os profissionais da saúde. (KREUTER; SIOSTEEN; SORENSEN, 2008; MYBURGH; FOURIE; NIEKERK, 2010; FRANÇA *et al.*, 2011; NEPOMUCENO; MELO; SILVA, 2014).

O enfermeiro deve conhecer e orientar as pessoas portadoras de lesão medular e seus parceiros sobre os reais problemas sexuais consequentes da lesão e, ainda, discutir as possibilidades existentes para superar as dificuldades (CAVALCANTE *et al.*, 2007).

Frente ao exposto, o enfermeiro, como parte integrante da equipe de saúde e profissional responsável pelo cuidado e reabilitação do paciente, tem um papel importante frente a esta problemática (NEPOMUCENO; MELO; SILVA, 2014). Nesse sentido, este estudo busca conduzir o conhecimento para os enfermeiros sobre as dificuldades encontradas pelos lesados medulares no âmbito da sexualidade e nortear um planejamento de cuidado que possa ajudar os enfermeiros da prática.

Portanto, possibilitar o acesso fácil aos pacientes a materiais educativos sobre a sexualidade, tais como a cartilha “Sexualidade na lesão medular: o que você precisa saber”,

pode oferecer algumas vantagens tais como: despertar no paciente a busca para o cuidado em saúde sexual; promover o conhecimento, a mudança de atitude e a prática de cuidados adequados a saúde, principalmente quando a cartilha for utilizada junto com a orientação de um profissional de saúde como um instrumento de educação em saúde sexual; além disso, o paciente pode acessar periodicamente o material em momentos posteriores; a cartilha também pode auxiliar na instrução do parceiro e de familiares.

#### **6.4 Discussão sobre a caracterização do público-alvo**

Neste estudo, foi realizada a caracterização socioeconômica de duas amostras do público-alvo, a primeira corresponde a validação e a segunda a aplicação da cartilha. A discussão será apresentada em uma visão geral dos dois grupos dos distintos momentos da pesquisa.

Neste estudo, houve o predomínio de homens jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos de idade nas duas amostras. Estudos nacionais e internacionais realizados em diferentes contextos são unânimes em referir que a lesão medular ocorre majoritariamente em homens com idade média aproximada de entre 33 e 45 anos. (ISHIBASHI; OLIVIERI; COSTA, 2005; CAVALCANTE *et al.* 2008; FRANÇA *et al.*, 2011; GARRETT; MARTINS; TEIXEIRA, 2012; SALE *et al.*, 2012; TORRIANI *et al.*, 2014; KHAK *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2015).

Quanto a escolaridade, a maioria tinha o nível médio de escolaridade, a segunda maior ocorrência do público da validação da cartilha foi o nível superior, já no público da avaliação da cartilha foi o nível fundamental. Vale destacar que na primeira fase do estudo participaram 12 pessoas que estavam cursando ou já haviam concluído o nível superior de escolaridade.

Estudo de Cavalcante *et al.* (2008) realizado em Fortaleza, mesma cidade do presente estudo, há quase uma década também foi observado o nível médio de escolaridade, constata-se que não houve uma melhora da escolaridade para esta população nesta cidade. Já outros estudos nacionais e internacionais evidenciaram a predominância de níveis de escolaridade ainda mais baixos (FRANÇA *et al.*, 2011; TORRIANI, 2014; KHAK *et al.*, 2014; CELIK, 2014).

De acordo com França *et al.* (2011) os resultados relativos a escolaridade e renda não podem ser generalizados, pois as amostras dos estudos são relativamente pequenas e refletem uma realidade pontual em localidades heterogêneas, mas é certo que a baixa

escolaridade e renda implica no não-atendimento de necessidades humanas básicas e exclusão social.

Estudo realizado na Coreia sobre a atividade sexual de 139 homens com lesão medular observou que a maioria dos participantes possuía nível elevado de escolaridade (40%) e estava empregado com remuneração (36%) (CHOI; KANG; SHIN, 2015).

Em relação à educação em saúde, o nível de escolaridade e letramento do leitor pode interferir na capacidade de leitura e compreensão das informações disponibilizadas em materiais educativos (MOURA *et al.*, 2017).

Em relação a renda e ocupação, os resultados deste estudo revelam que a maioria do público-alvo não possuía ocupação no momento e tinham renda familiar entre um e três salários mínimos, cuja fonte de renda principal era a aposentadoria por invalidez ou o benefício de prestação continuada.

A ocorrência da lesão medular em pessoas jovens em idade produtiva é um grave problema de saúde pública, pois afeta a saúde, limita a capacidade dos indivíduos para atividades laborais e cotidianas, além de acarretar implicações econômicas e sociais tanto para a pessoa como para a sociedade, exigindo aumento dos custos públicos com saúde, devido à necessidade de longo período de reabilitação (FRANÇA *et al.*, 2011).

Quanto a etnia e a religião, houve predomínio da etnia parda e da religião católica. Um estudo realizado em Campina Grande, na região nordeste do Brasil, também observou que a maioria das pessoas da amostra foi composta por pessoas pardas (FRANÇA *et al.*, 2011).

Quanto ao estado civil, a maioria do público era solteiro, seguido dos casados. No grupo de participantes em que a cartilha foi aplicada foi investigado a atividade sexual, e os resultados obtidos revelam que a maioria tinha companheiro, embora o estado civil foi solteiro. Em relação a atividade sexual houve uma acentuada diminuição em comparação ao período antes da lesão medular, passando de 95% para 30% entre os participantes.

Alguns estudos também evidenciaram que a maioria das pessoas com lesão medular estavam solteiras, mas uma parte considerável deste público estava casada. Além disso, os estudos revelam uma diminuição da atividade sexual após a lesão medular. (ISHIBASHI; OLIVIERI; COSTA, 2005; FRANÇA *et al.*, 2011; SALE *et al.*, 2012; TORRECILHA, 2014; NEPOMUCENO; MELO; SILVA, 2014; CHOI; KANG; SHIN, 2015).

Segundo Cavalcante *et al.* (2008), a relação conjugal pode passar por um desequilíbrio principalmente devido as disfunções sexuais decorrentes da lesão medular, alguns casais conseguem enfrentar a situação de crise com união, porém outros não se adequam à nova situação, principalmente quando já existia instabilidade no relacionamento, ocasionando a

separação. Já em relacionamentos concebidos após a lesão, quando o indivíduo acometido já se encontra com uma melhor auto-imagem e auto-estima, é possível que sejam mais estáveis. Nesse caso, o casal não irá enfrentar um processo de reabilitação, o parceiro já irá conhecê-lo com a deficiência e eles precisarão apenas de um processo de adaptação. Outros autores também corroboram com esta colocação. (NEPOMUCENO; MELO; SILVA, 2014; CRAMP; COURTOIS; DITOR, 2015).

Quanto a causa da lesão medular, a principal causa de lesão foi a perfuração por arma de fogo seguido de acidente automobilístico. Segundo Cavalcante *et al.* (2008), Torriani *et al.* (2014) e Silva *et al.* (2015), a lesão medular é mais predominante na população de homens jovens, pois eles estão mais expostos a riscos de acidentes e violência, que são as duas principais causas de lesão medular traumática.

Estudo realizado em Campina Grande (FRANÇA *et al.*, 2011), na região nordeste do Brasil, houve o predomínio de lesões causadas por perfurações por arma de fogo; este mesmo achado só foi evidenciado em apenas um estudo internacional realizado no Iran (KHAK *et al.*, 2014).

Já os acidentes automobilísticos como causa de lesão medular foram prevalentes em estudos realizados em regiões sul do Brasil (ISHIBASHI; OLIVIERI; COSTA, 2005; TORRIANI, 2014; TORRECILHA, 2014), em um estudo realizado em Fortaleza (CAVALCANTE *et al.* 2008), e em um estudo realizado em Portugal (GARRETT; MARTINS; TEIXEIRA, 2012).

Em relação ao estudo de Cavalcante *et al.* (2008) realizado em Fortaleza pode-se perceber que em 2007, período em que o estudo foi realizado, a principal causa de lesão medular foi o acidente automobilístico seguido da perfuração por arma de fogo, porém na presente pesquisa, realizada 10 anos posterior, foi observado uma inversão sendo a perfuração por arma de fogo a causa principal e o acidente automobilístico a causa secundária. Possivelmente essa mudança de perfil epidemiológico seja reflexo do crescente aumento do índice de violência em Fortaleza - CE. Segundo noticiários nacionais, Fortaleza - CE em 2016 foi considerada a cidade mais violenta do país e a 12ª cidade mais violenta do mundo (G1 CE, 2016).

Em relação as características clínicas, houve predomínio da lesão medular tipo paraplegia completa, no segmento torácico da medula e tempo médio de lesão de 12 anos. O estudo comparativo realizado em Fortaleza constatou tempo médio de lesão de 9,6 anos. (CAVALCANTE *et al.* 2008). Diversos estudos evidenciam os mesmos achados em relação ao tipo, ao nível e ao grau da lesão medular, variando apenas o tempo de lesão de acordo com os critérios amostrais e objetivos de cada pesquisa. (ISHIBASHI; OLIVIERI; COSTA, 2005;

CAVALCANTE *et al.* 2008; FRANÇA *et al.*, 2011; GARRETT; MARTINS; TEIXEIRA, 2012; SALE *et al.*, 2012; KHAK *et al.*, 2014; TORRIANI *et al.*, 2014; TORRECILHA *et al.*, 2014 CHOI; KANG; SHIN, 2015).

## 7 CONCLUSÃO

No presente estudo, efetuou-se a construção, a validação e aplicação de uma tecnologia educativa do tipo cartilha sobre sexualidade da pessoa com lesão medular com vistas à promoção da atividade sexual saudável e satisfatória deste público.

A elaboração do conteúdo da cartilha foi baseada em dois estudos, o primeiro foi uma pesquisa documental em *blogs* de pessoas com lesão medular, e o segundo foi uma revisão integrativa sobre sexualidade, função e atividade sexual da pessoa com lesão medular.

A busca de informações em *blogs* possibilitou identificar os interesses e as necessidades educacionais do público-alvo através da análise crítica de 168 publicações e da análise de conteúdo de 32 comentários relacionados ao tema em estudo, sendo apreendido também a linguagem e as expressões do público-alvo. Foram analisados 16 *blogs*, a maioria de autoria masculina e de pessoas com tetraplegia, criados a menos de cinco anos e atualizados.

A busca nos *blogs* foi vista de uma maneira bastante positiva pois forneceu informações consistentes sobre a sexualidade da pessoa com lesão medular. A realização de pesquisas utilizando-se de recursos de tecnologia da informação e comunicação é uma realidade crescente no cenário nacional e internacional, devendo a enfermagem apropriar-se destes recursos em sua prática profissional.

A revisão integrativa possibilitou identificar e apreender o conteúdo científico dos capítulos que compuseram a cartilha educativa. Foram analisados 22 artigos científicos desenvolvidos por profissionais das áreas de medicina, enfermagem, fisioterapia e psicologia, no âmbito universitário ou hospitalar, durante o período de 2005 a 2016. Houve destaque para os estudos de natureza descritiva com nível de evidência VI, sendo recomendado realização de estudos com maior rigor metodológico.

Após a seleção do conteúdo da cartilha foi elaborado um roteiro para orientar a construção da cartilha, e contratada uma profissional especialista na área de *design* com experiência na elaboração de materiais educativos em saúde para a confecção das ilustrações e diagramação da cartilha.

A cartilha educativa foi intitulada “Sexualidade na lesão medular: o que você precisa saber”, sendo constituída por seis capítulos, nos quais constavam conceitos sobre sexualidade, lesão medular e função sexual; tratamentos das disfunções sexuais; disfunções sexuais masculinas e femininas decorrentes da lesão medular; e promoção da atividade sexual saudável e satisfatória da pessoa com lesão medular. Realizou-se a impressão em frente e verso,

com tinta colorida, em papel ofício tamanho A4, com dimensões de 148 por 210 mm, num total de 44 páginas (partes externas e internas) e encadernada no formato tipo brochura grampeado.

Após a elaboração da 1ª versão da cartilha, ela foi submetida à validação de conteúdo por onze juízes profissionais da saúde das áreas de neurologia ou lesão medular especialistas no assunto. Os valores do IVC de cada aspecto avaliativo da cartilha foram superiores a 0,85 na maioria deles, exceto nos aspectos linguagem e cultura que obtiveram valores de 0,74 e 0,64 respectivamente, sendo realizados os ajustes recomendados pelos juízes. Na avaliação geral, foi alcançado um IVC global de 0,94, indicando excelente grau de concordância entre os juízes, considerando como valor de referência de 0,85 para a validação de conteúdo. Com relação à clareza e relevância dos assuntos abordados na cartilha, o IVC global obtido foi de 0,91, indicando que os juízes em conteúdo consideraram os assuntos acessíveis ao entendimento e de grande importância para a pessoa com lesão medular.

A cartilha também foi submetida à validação de aparência por três juízes em *design* gráfico. Os valores de IVC de cada aspecto avaliativo da cartilha foram superiores a 0,80 na maioria deles, exceto no aspecto da eficiência que obteve valor de 0,75, sendo realizados os ajustes recomendados pelos juízes. Na avaliação geral, foi alcançado um IVC global de 0,87, indicando excelente grau de concordância entre os juízes, considerando como valor de referência de 0,80 para os juízes em *design* gráfico.

Diante das considerações dos juízes profissionais de saúde e *designer* gráfico foram realizados ajustes na cartilha e elaborada a 2ª versão. Esta foi apresentada a um grupo de 37 pessoas com lesão medular para validação de aparência. Os valores de IVC de cada aspecto avaliativo da cartilha foram superiores a 0,91 e o valor de IVC global foi 0,94, indicando excelente grau de concordância entre os participantes, considerando como valor de referência de 0,85 para o público-alvo. Com relação à clareza e relevância dos assuntos abordados na cartilha, o IVC global obtido foi de 0,96, indicando que o público-alvo considerou os assuntos acessíveis ao entendimento e de grande importância para a pessoa com lesão medular. Diante das considerações do público-alvo foram realizados pequenos ajustes na cartilha e elaborada a 3ª versão.

Portanto, podemos afirmar que ao final do processo de validação com os juízes profissionais de saúde, os *designers* gráficos e o público-alvo, a cartilha atingiu o padrão-ouro de validação.

Para atestar o efeito da tecnologia educativa foi realizada uma pesquisa quase-experimental, em grupo único (antes e depois), tipo teste piloto. Neste estudo, foi efetuada a aplicação da cartilha já validada em um novo grupo de 20 pessoas com lesão medular em três

momentos (pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste tardio com 2 semanas), sendo avaliados três domínios: conhecimento, atitude e prática (CAP).

Mediante a comparação das pontuações dos domínios do CAP nos três momentos, verificou-se um aumento médio de pontuação em todos os domínios comparando o pré-teste e o pós-teste imediato, mas o aumento mais significativo estatisticamente foi no domínio conhecimento. E quando comparado com o pós-teste tardio em duas semanas, a média de pontuação do pós-teste imediato foi mantida.

A caracterização socioeconômica do público-alvo nos distintos momentos da pesquisa revela que nas duas amostras houve o predomínio de homens jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos de idade, solteiros, etnia parda, católicos, sem ocupação, com renda familiar entre um e três salários mínimos e fonte de renda principal a aposentadoria ou o benefício de prestação continuada, etnia parda e religião católica. Em relação as características clínicas, houve predomínio da lesão medular tipo paraplegia completa, no segmento torácico da medula, causada por perfuração por arma de fogo e tempo médio de lesão de 12 anos.

Além dos testes de validação, foram verificadas a confiabilidade dos instrumentos utilizados na validação de conteúdo e na validação de aparência do público-alvo, obtendo-se valores globais de Alfa de Cronbach de 0,917 e 0,955 respectivamente. Portanto, estes instrumentos alcançaram uma boa confiabilidade interna e excelente classificação, podendo serem replicados para outros estudos.

Diante os resultados, podemos concluir que os objetivos propostos foram integralmente alcançados, nomeadamente: descrever as características socioeconômicas e clínicas do público-alvo; conhecer os interesses e necessidades educacionais do público-alvo sobre a temática; construir e validar o conteúdo e a aparência de uma tecnologia educativa sobre a sexualidade da pessoa com lesão medular; e avaliar o conhecimento, atitude e prática do público-alvo antes e depois da aplicação da tecnologia educativa.

Assim, pode-se afirmar que a tese defendida foi comprovada, pois a cartilha educativa “Sexualidade na lesão medular: o que você precisa saber” foi considerada uma tecnologia educativa válida e confiável para promoção da atividade sexual saudável e satisfatória da pessoa com lesão medular, capaz de promover conhecimento e favorecer atitude e prática adequados.

## 8 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Estudos com uso de tecnologias educativas sobre a sexualidade e atividade sexual da pessoa com lesão medular ainda são escassos na realidade brasileira. Logo, pesquisas nessa área devem ser estimuladas, tendo em vista a importância destes aspectos na saúde geral das pessoas com lesão medular.

Sabe-se que a deficiência física não neutraliza a sexualidade, no entanto, quando a pessoa é acometida por uma lesão medular, há comprometimentos físicos e psicoemocionais que podem comprometer o exercício pleno da sexualidade e conseqüentemente pode afetar a atividade sexual.

Através dos estudos e dos relatos analisados neste trabalho, observamos que muitas vezes essa temática é negligenciada ou colocada em segundo plano na vida da pessoa com lesão medular, devido à vários fatores como: falta de uma abordagem adequada ou mais significativa por parte de alguns profissionais de saúde; falta de acesso a um tratamento de saúde adequado; e também devido a fatores relacionados a própria pessoa como a falta de conhecimento, medo de constrangimentos, ajuste sexual inadequado, dentre outros.

Diante desses fatores, considera-se que um material educativo construído e validado especificamente para abordar a sexualidade e atividade sexual da pessoa com lesão medular pode reforçar o conhecimento e contribuir para uma atitude e prática adequada relacionada a sexualidade e atividade sexual. Especificamente, espera-se que a cartilha possa contribuir para a reorganização e expressão sexualidade, promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção de agravos e complicações decorrentes da prática sexual inadequada, satisfação sexual e qualidade de vida da pessoa com lesão medular.

O objetivo da cartilha é ajudar as pessoas com lesão medular, seus parceiros e a quem interessar a esclarecer dúvidas, medos e tabus sobre a sexualidade e a atividade sexual. A cartilha evidencia que a sexualidade é um comportamento inerente ao ser humano, mas que pode ser afetado pelos comprometimentos físicos, psicológicos e emocionais decorrentes da lesão medular, mas mostra também que existem cuidados, tratamentos e estratégias de enfrentamento voltados para a melhora da expressão da sexualidade e do desempenho e satisfação sexual, de acordo com a limitação de cada indivíduo.

A cartilha educativa “Sexualidade na lesão medular: o que você precisa saber” é uma tecnologia assistiva, construída com linguagem simples, ilustrações e *layout* atraentes e conteúdo baseado nas necessidades e interesses educacionais de pessoas com lesão medular e

fundamentado no conhecimento adquirido com a experiência acadêmica e prática assistencial de profissionais experientes na temática.

Portanto, a cartilha é uma ferramenta apropriada a prática de educação em saúde, podendo ser utilizada por profissionais de saúde de diferentes áreas que estejam envolvidos na assistência e reabilitação da pessoa com lesão medular, especialmente na reabilitação sexual. Pois sabe-se que a assistência e a reabilitação da pessoa com lesão medular, muitas vezes são focadas nas capacidades funcionais para que a pessoa conquiste uma maior independência funcional para promoção de um bem-estar físico e psicológico, porém a sexualidade é pouco abordada para promoção também do bem-estar emocional. Desta forma, a utilização da cartilha pode contribuir para a prestação de uma prática assistencial mais qualificada e eficaz.

Nesse contexto, recomenda-se que esta tecnologia educativa seja utilizada no ensino, pesquisa, extensão acadêmica e assistencial, pois ela é uma tecnologia educativa que pode auxiliar o processo de capacitação profissional e ser instrumento de educação em saúde voltado para a educação sexual da pessoa com lesão medular.

Possibilitar o acesso à informação por meio de um material educativo pode favorecer uma prática educativa mais dinâmica que permita o aprendizado e contribua para as mudanças de comportamento, as quais são necessárias para a obtenção de bons resultados em saúde. Além disso, é um material que pode ser consultado periodicamente e também pode facilitar o diálogo entre o profissional de saúde e os usuários e vice-versa, por ser um elo para a comunicação, mas deve-se sempre respeitar o princípio da autonomia e a capacitação desses indivíduos.

Este estudo certamente contribuirá para o entendimento da temática, tanto por parte dos profissionais de saúde, quanto por parte das pessoas com lesão medular e seus companheiros, parceiros e familiares. Além disso, a cartilha pode ser utilizada por qualquer pessoa que tenha interesse em conhecer esta temática, servindo também como uma ferramenta para esclarecer a população em geral favorecendo o enfretamento de preconceitos, mitos e tabus e contribuindo para a inclusão social das pessoas com lesão medular.

Elaborar e validar tecnologias educativas, contendo informações confiáveis e de fácil entendimento voltadas a este público e seus parceiros, são ações necessárias, porém pouco exploradas pelo enfermeiro.

É necessário que haja uma integração entre os contextos de ensino e pesquisa e os contextos de cuidados, assegurando-se um contato regular entre pesquisadores e enfermeiros. Deste modo, incita-se, por um lado, a produção de conhecimento ajustado às necessidades da prática e, por outro, a utilização de tecnologias construídas e validadas para populações

específicas pelos enfermeiros. Portanto, é pertinente facilitar o acesso à pesquisa aos enfermeiros que cuidam de pessoas com lesão medular e desta forma contribuir para a prática profissional.

Ressalta-se ainda que outros pesquisadores que venham a desenvolver este mesmo tipo de pesquisa, elaboração e validação de materiais educativos, possam apropriar-se das abordagens teóricas e referenciais metodológicos que fundamentem sua elaboração e validação.

Ademais, esforços serão desenvolvidos para que a cartilha seja disponibilizada na versão impressa para as instituições públicas de saúde.

## 9 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

Para finalizar, este estudo apresenta algumas limitações, dentre as quais se destacam:

- A amostragem de conveniência poderá constituir um fator limitante, na medida em que os resultados e as conclusões só se aplicam à amostra, o que pode levar a reservas na generalização de resultados.
- A falta de estudos sobre construção, validação e aplicação de tecnologias educativas para esta população específica dificultou a discussão dos resultados, mas que ao mesmo tempo, revelou a importância da realização deste estudo.
- A maior dificuldade na construção do conteúdo da cartilha foi compilar uma grande quantidade de informação sem deixar o material extenso e cansativo, pois a cartilha é destinada ao público masculino e feminino e com comprometimentos funcionais diversos de acordo com o nível e grau da lesão medular, portanto, a expressão da sexualidade e função sexual é bastante variada tanto do aspecto biológico quanto nos aspectos psicológicos, emocionais e culturais. Então, o conteúdo foi construído com assuntos gerais para alcançar a maior diversidade de público, e apenas dois capítulos são destinados especificamente ao público masculino e feminino.
- Os custos elevados para a elaboração e impressão do material educativo com qualidade, vistos que foram necessários a confecção de 100 exemplares para contemplar todas as fases da pesquisa, considerando as perdas na amostra, sendo utilizado recursos próprios da pesquisadora. Deve-se salientar que a cada participante pôde ficar com um exemplar da cartilha em retribuição a sua participação na pesquisa.

Além dessas limitações acrescentam-se algumas dificuldades encontradas na realização deste estudo, mais especificamente, no que diz respeito à coleta de dados, todavia, apesar de não terem causado prejuízos, é importante serem relatadas visto que poderão servir de subsídios para outros estudos, a saber:

- O método de amostragem tipo bola de neve, em que um paciente indica outro, trouxe alguns inconvenientes pois em alguns casos um participante indicava outro que tinha deficiência física, mas que não era decorrente de lesão medular;

e em outros casos houve recusa de alguns em participar do estudo, embora estes contemplassem as características esperadas para a realização do estudo.

- Dificuldade para atingir a quantidade necessária de participantes do público-alvo, pois a lesão medular é um acometimento que não é muito frequente na população em geral e a dificuldade de encontrá-los fora do contexto institucional. Além disso, foram necessários aplicar a cartilha em dois grupos distintos do público-alvo.
- A dificuldade de realizar um estudo domiciliar, pois necessita de muito tempo e de recursos financeiros, aspecto este não contemplado, uma vez que a pesquisadora não contou com apoio desta natureza dos órgãos de fomento para pesquisa;
- O tamanho aparentemente extenso do conteúdo da cartilha educativa por ser constituída por 44 páginas, embora tenha sido considerado como um material de fácil leitura e compreensão pelo público-alvo, mas que inicialmente causa um pouco de objeção por parte de alguns participantes, especialmente por aqueles que não tinham muito hábito de leitura, mas que após esclarecimentos e apresentação do material acabavam por concordar com a participação também devido o interesse e curiosidade acerca da temática sexualidade, principalmente com eles visualizavam algumas ilustrações. Este fato também atrasou a coleta de dados, pois alguns participantes necessitaram de um prazo maior para avaliar o material.

Mediante os achados da presente investigação, percebeu-se a importância de novos estudos utilizando a cartilha “Sexualidade na lesão medular: o que você precisa saber” mediante um intervalo de avaliação superior a duas semanas e aplicação da cartilha a um público maior de pessoas, especialmente para aquelas com menor tempo de acometimento pela lesão medular, possibilitando avaliar melhor o conhecimento, a atitude e a prática, pois as pessoas com lesão medular a mais tempo acabam por adquirir o conhecimento no dia a dia, embora muitas vezes este seja obtido através de trocas de experiências com colegas que passam por limitações semelhantes e através de outros meios de informação como os sites e *blogs* na *internet* mas que nem sempre tem informações apropriadas cientificamente.

## REFERÊNCIAS

- AFIF-ABDO, J. **Diagnóstico e tratamento da disfunção erétil**. Diagn Tratamento, São Paulo, v. 12, n. 4, p.192-195, ago. 2007.
- AKMAN, R. Y.; ÇELİK, E. C.; KARATAŞ, M. Sexuality and sexual dysfunction in spinal cord-injured men in Turkey. **Turkish Journal Of Medical Sciences**, [s.l.], v. 45, n. , p.758-761, jan. 2015. The Scientific and Technological Research Council of Turkey. <http://dx.doi.org/10.3906/sag-1406-61>.
- ALBRIGHT, T. H. *et al.* Sexual and reproductive function in spinal cord injury and spinal surgery patients. **Orthopedic Reviews**, [s.l.], v. 7, n. 3, p.74-79, 28 set. 2015. PAGEPress Publications. <http://dx.doi.org/10.4081/or.2015.5842>.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- AYRES, M.; AYRES JUNIOR, M. Bioestat: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biomédicas. 5. ed. Belém: Universidade Federal do Pará, 2007. 380 p.
- BAASCH, A. K. M. **Sexualidade na lesão medular**. Dissertação (Mestrado). Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina, 2008.
- BARROS, B. R.; SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T. Knowledge of Internet-using patients about the perioperative period of orthognathic surgery. **Journal Of Nursing Education And Practice**, [s.l.], v. 3, n. 12, p.92-103, 21 maio 2013. Sciedu Press. <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v3n12p93>.
- BARROS, L.M. **Construção e validação de uma cartilha educativa sobre cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica**. Dissertação (Mestrado). Fortaleza: Departamento de Enfermagem /Universidade Federal do Ceará, 2015.
- BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador: Princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 688 p.
- BEATON, D. *et al.* Recommendation for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcomes measures. [S.I.]: **Institute for work & health**, Toronto, 2007.
- BECKER, P. T. Publishing pilot intervention studies. **Research in Nursing and Health**, v. 13, n. 1, p. 1-3, 2008.
- BELO HORIZONTE. A. T. P. Prefeitura (Comp.). **TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR Para os Familiares e Cuidadores**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2015. 23 p.
- BENEVIDES, J. L. *et al.* Development and validation of educational technology for venous ulcer care. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 50, n. 2, p.309-316, abr. 2016.

BORGES, G. G.; SILVINO, Z. R.; SANTOS, L. C. G. Conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros na central de quimioterapia frente ao risco químico. **Revista Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 77, n. , p.29-36, abr. 2016.

BRASIL. Portal Brasil. Ciência e Tecnologia. **Pesquisa revela que mais de 100 milhões de brasileiros acessam a internet**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2016/09/pesquisa-revela-que-mais-de-100-milhoes-de-brasileiros-acessam-a-internet>>. Acesso em: 07 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Lei no. 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 20 fev. 1998**.

CADERNOS DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. GUIA DE BOA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM TRAUMATISMO VÉRTEBRO-MEDULAR G. 2. ed. [s. L.]: **Ordem dos Enfermeiros**, 2009. 370 p.

CARNEIRO, V. M. B; NEVES, E. M; ABREU, S. B; BRITO, L. M. O. Sexualidade em mulheres com lesão na medula espinhal. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luís, v. 13, n.1, p. 30-33, 2012.

CARVALHO, Adriana Paula Fontana *et al.* Gravidez em mulheres com trauma medular prévio. **Femina**, [s. L.], v. 38, n. 1, p.7-11, jan. 2010.

CARVALHO, E. C, MELLO, A. S, NAPOLEÃO, A. A, BACHION, M. M, DALRI, M. C. B, CANINI, S. R. M. S. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 235-240, 2008.

CASTRO, A. N. P.; LIMA JUNIOR, E. M. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 103-113, 2014.

CAVALCANTE, K. M. H.; CARVALHO, Z. M. F.; GARCIA, F.M.P. Nursing Diagnoses Applicable to Persons with Paraplegia in the Initial Phase of Home Rehabilitation. Santa Maria: **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 238-247, 2013.

CAVALCANTE, K. M. H. *et al.* Alterações na fertilidade vivenciadas por pessoas com lesão medular: uma pesquisa qualitativa. Online **Brazilian Journal of Nursing**, Fortaleza, v. 6, n. 3, out. 2007.

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

CELIK, E. C. *et al.* Sexual problems of women with spinal cord injury in Turkey. **Spinal Cord**, [s.l.], v. 52, n. 4, p.313-315, 14 jan. 2014. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2013.161>.

CEREZETTI, C. R. N. *et al.* Lesão Medular Traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36. n. 2, p. 318-326, 2012.

CHOI, Y. A.; KANG, J. H.; SHIN, H. I. Sexual activity and sexual satisfaction in Korean men with spinal cord injury. **Spinal Cord**, v. 53, n. 9, p. 697-700, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2015.55>.

COBO-CUENCA, A. I; MARTÍN-ESPINOSA, N. M; CAMPOS, R. M. P. Cuidados enfermeros en el varón con lesión medular y disfunción sexual. **Enfermería Clínica**, Barcelona, v. 23, n. 3, p. 128-32, 2013.

CONOVER, W J. **Practical Nonparametric Statistics**. 3. ed. New York: John Wiley & Son, 1971. 584 p.

CONSORTIUM FOR SPINAL CORD MEDICINE (Org.). **Sexuality and reproductive health in adults with spinal cord injury**: a clinical practice guideline for health-care professionals. Washington: Paralyzed Veterans of America, 2010. 56 p. 33 v. 3 n. (Clinical Practice Guideline: Sexual & Reproductive Health). ISBN: 0-929819-20-9 2009. 365

CONSORTIUM FOR SPINAL CORD MEDICINE (Org.). **Sexuality and reproductive health in adults with spinal cord injury**: what you should know - a guide for people with spinal cord injury. Washington: Paralyzed Veterans of America, p. 43, 2011. (Consumer Guide: Sexual & Reproductive Health). ISBN 0-929819-23-3

CORRAR, L. J.; PAULO, E.; DIAS FILHO, J. M. **Análise Multivariada**: para os cursos de administração, ciências contábeis e economia. São Paulo: Atlas, 2011. 568 p.

CRAMP, J. D.; COURTOIS, F. J.; DITOR, D. S. Sexuality for Women With Spinal Cord Injury. **Journal Of Sex & Marital Therapy**, [s.l.], v. 41, n. 3, p.238-253, 11 mar. 2014. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/0092623x.2013.869777>.

DEATRICK, D.; AALBERG, J.; CAWLEY, J. **A Guide to Creating and Evaluating Patient Materials**: Guidelines for Effective Print Communication. [s. L.]: Mainehealth, 2010. 20 p.

DELPARTE, J. J. *et al.* Spinal Cord Essentials: the development of an individualized, handout-based patient and family education initiative for people with spinal cord injury. **Spinal Cord**, Edegem, v. 52, n. 5, p. 400-406, 2014.

DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. **Teaching Patients with Low Literacy Skills**. 2. ed. Philadelphia: American Journal Of Nursing, 1996. 224 p.

ECHER, I.C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p.754-57, 2005.

EDWARD, G. M. *et al.* Information gain in patients using a multimedia website with tailored information on anaesthesia. **British Journal of Anaesthesia**, v. 106, n. 3, p. 319-324, 2011.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 9-11, 2014.

FOCOSI, A. S.; SOUZA, R. M. O mapa da dor crônica na internet: um estudo exploratório. **Revista Dor** [online], São Paulo, v. 17, n. 2, p. 101-105, 2016. ISSN 1806-0013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n2/1806-0013-rdor-17-02-0101.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2017.

FONSECA, L.M.M. *et al.* Tecnologia educacional em saúde: contribuições para enfermagem pediátrica e neonatal. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 190-196, 2011.

\_\_\_\_\_. Cartilha educativa de orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 65-75, 2004.

FRAGOSO, S.; RECUERO, R.; AMARAL, A. **MÉTODOS DE PESQUISA PARA INTERNET**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2011. 16 p.

FRANÇA, I. S. X; CHAVES, A. F. Sexualidade e paraplegia: o dito, o explícito e o oculto. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 253-259, 2005.

FREITAS, A. A. S.; CABRAL, I. E. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 84-89, 2008.

G1 CE (Fortaleza). Fortaleza aparece como cidade mais violenta do Brasil e 12<sup>a</sup> do mundo. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ceara/noticia/2016/01/fortaleza-aparece-como-cidade-mais-violenta-do-brasil-e-12-do-mundo.html>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

GAINFORTH, H. L. *et al.* Examining the effectiveness of a knowledge mobilization initiative for disseminating the physical activity guidelines for people with spinal cord injury. **Disability And Health Journal**, [s.l.], v. 6, n. 3, p.260-265, jul. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2013.01.012>.

GARRETT, A. Questões de Ordem Sexual: Análise Qualitativa das Dúvidas após uma Lesão Medular. **Acta Med Port**, Lisboa, v. 25, n. 1, p.15-19, jan. 2012.

GARRETT, A.; MARTINS, F.; TEIXEIRA, Z. DA ACTIVIDADE SEXUAL À SEXUALIDADE APÓS UMA LESÃO MEDULAR ADQUIRIDA. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**, Porto, v. 6, n. , p.152-161, jan. 2009.

GIGLIO, A. *et al.* Qualidade da informação da internet disponível para pacientes em páginas em português. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 645 –

649, 2012. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S010442301270266X> Acesso em: 07 maio 2017.

GONÇALVES, F. G. Blog – o que é? Como funciona ? E por que “blogar ”? **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 3, p.7-8, maio 2011.

GOODMAN, N. *et al.* Computer and Internet Use by Persons After Traumatic Spinal Cord Injury. **Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation**, [s. L.], v. 89, n. 8, p.1492-1498, ago. 2008.

HARTSHORN, C.; D’CASTRO, E.; ADAMS, J. ‘SI-SRH’ – a new model to manage sexual health following a spinal cord injury: our experience. **Journal of Clinical Nursing**, Malden, v. 22, p. 3541–3548, 2013.

HERTZOG, M. A. Considerations in determining sample size for pilot studies. **Research in Nursing & Health**, v. 31, n. 2, p. 180-191, 2008.

HESS, M. J.; HOUGH, S. Impact of spinal cord injury on sexuality: Broad-based clinical practice intervention and practical application. **The Journal Of Spinal Cord Medicine**, [s.l.], v. 35, n. 4, p.211-218, jul. 2012. Informa UK Limited.  
<http://dx.doi.org/10.1179/2045772312y.0000000025>.

HOFFMAN, J. *et al.* Use of on-demand video to provide patient education on spinal cord injury. **The Journal Of Spinal Cord Medicine**, [s.l.], v. 34, n. 4, p.404-409, jul. 2011. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1179/2045772311y.0000000015>.

HOFFMANN, T.; WARRALL, L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. **Disability and rehabilitation**, Philadelphia, v. 26, n.9, p. 1166 – 1173, 2004.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 384 p.

ISHIBASHI, R. A. S; OLIVIERI, F. L. D; COSTA, V. de S. P.. Perfil da função sexual em homens com lesão medular completa. Unopar **Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 7, n. 1, p.65-68, out. 2005.

JANSEN, M. M. **Manual de Orientação Reeducação Sexual do Paciente com Lesão Medular**. Hospital de Clínicas: Porto Alegre, Educação em Saúde, vol. 28, 16 p. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 20, n. 4, p. 769-776, 1994.

JOHNSON, R. B.; CHRISTENSEN, L. **Educational Research: Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches**. 5. ed. California: Sage, 2014. 639 p.

KALIYAPERUMAL, K.. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. **Community Ophthalmology**. [S. l.], p. 7-9. jan. 2004.

KHAK, M. *et al.* Evaluation of Sexual Function and Its Contributing Factors in Men With Spinal Cord Injury Using a Self-Administered Questionnaire. **American Journal Of Men's Health**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.24-31, 27 nov. 2014. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1557988314555122>.

KOMESU, F. C. Blogs e as práticas de escrita sobre si na Internet. In: MARCUSCHI, Luiz Antônio; XAVIER, Antônio Carlos (Org.). **Hipertexto e gêneros digitais.**: Novas formas de construção de sentido. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Lucerna, 2005. p. 196. Disponível em: <[http://files.generotextualemebook7.webnode.com/200000011-4ff6051ea7/hipertexto\\_e\\_generos\\_digitais\[1\].\\_novas\\_formas\\_de\\_construcao\\_de\\_sentido.pdf](http://files.generotextualemebook7.webnode.com/200000011-4ff6051ea7/hipertexto_e_generos_digitais[1]._novas_formas_de_construcao_de_sentido.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2016.

KORSE, N. S. *et al.* Discussing sexual health in spinal care. **European Spine Journal**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.766-773, 12 maio 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-015-3991-1>.

KREUTER, M.; SIOSTEEN, A.; SORENSEN, F. S. Sexuality and sexual life in women with spinal cord injury: a controlled study. **J Rehabil Med** [Internet]. 2008 Jan;40(1):61-79.

LIMA, A. C. M. A. C. C. **Construção e validação de cartilha educativa para prevenção da transmissão vertical do HIV.** 2014. 138 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pósgraduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/8304>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação crítica e utilização. 4a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res.**, v. 35, n.6, p. 382-385, 1986.

MACHADO, V. I; MIRA, C. M. A Sexualidade e a Lesão Vertebro-Medular. **Acta Urológica Portuguesa**, Lisboa, v. 27, n. 2, p. 49-59, 2010.

MAEYAMA, M. A. *et al.* Promoção da saúde como tecnologia para transformação social. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 2, n. 2, p. 129 – 143, 2015. Disponível em: <<http://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/9224/5130>>. Acesso em: 08 maio 2017.

MANIVA, S. J. C. F. **Elaboração e validação de tecnologia educativa sobre Acidente Vascular Cerebral para prevenção da recorrência.** 2016. 170 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

MARCUSCHI, L. A. Gêneros textuais emergentes no contexto da tecnologia digital. In: MARCUSCHI, L.A.; XAVIER, A. C. (Org.). **Hipertexto e gêneros digitais.**: Novas formas de construção de sentido. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Lucerna, 2005. p. 196. Disponível em: <[http://files.generotextualemebook7.webnode.com/200000011-4ff6051ea7/hipertexto\\_e\\_generos\\_digitais\[1\].\\_novas\\_formas\\_de\\_construcao\\_de\\_sentido.pdf](http://files.generotextualemebook7.webnode.com/200000011-4ff6051ea7/hipertexto_e_generos_digitais[1]._novas_formas_de_construcao_de_sentido.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2016.

MARIANO, M. R. **Desenvolvimento e a avaliação de jogo educativo para cegos**: acesso à informação sobre o uso de drogas psicoativas. 2010. 101f. Dissertação. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

MARINHO, L. A. B. *et al.* Conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas em centros de saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p.576-582, 2003.

McCABE MP, TALEPOROS G. Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Behavior Among People with Physical Disability. **Archives of Sexual Behavior**, Heidelberg, v. 32, n. 4, p.359-369, 2003.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare**: A Guide to Best Practice. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. 599 p. Disponível em: <<http://file.zums.ac.ir/ebook/208-Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare - A Guide to Best Practice, Second Edition-Be.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2017.

MELO, R. P.; MOREIRA, R. P. M; FONTENELE, F. C.; AGUIAR, A. S. C.; JOVENTINO, E. S. CARVALHO, E. C. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p.424-431, 2011.

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODO DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.758-764, out. 2008.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002. 189 p.

MOHER, D. et al. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. Tradução por Galvão, T. F.; Pansani, T. S. A.; Harrad, D. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online], Brasília, v. 24, n. 2, p. 335-342, 2015. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>.

MOREIRA, M. D. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 2, p. 184–188, 2003.

MORETTI, F. A; OLIVEIRA, V. E; SILVA, E. M. K. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 650 – 658, 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423012702671>> . Acesso em: 07 maio 2017.

MOURA, D. J. M. *et al.* Construção de cartilha sobre insulinoterapia para crianças com diabetes mellitus tipo 1. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 7 -14, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 maio 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0183>.

MYBURGH, J.; FOURIE, R.; NIEKERK, A. Efficacy of sexual counselling during the rehabilitation of spinal cord injured patients. **SA Orthopaedic Journal**, v. 9, n. 4, p. 46–48, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0183>

NEPOMUCENO, E; MELO, A. S.; SILVA, S. S. Alterações relacionadas aos aspectos da sexualidade no lesado medular: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 8, n. 2, p. 396–406, 2014. DOI: 10.5205/reuol.4688-38583-1-RV.0802201422

NEWMAN, S. D. *et al.* A community-based participatory research approach to the development of a Peer Navigator health promotion intervention for people with spinal cord injury. **Disability And Health Journal**, [s.l.], v. 7, n. 4, p.478-484, out. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.04.006>.

OLIVEIRA, M. S. **Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia**: estudo de validação de aparência e de conteúdo de uma tecnologia educativa. Dissertação – Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2006.

OLIVEIRA, M. S. *et al.* Avaliação de manual educativo como estratégia de conhecimento para mulheres mastectomizadas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p.668-676, 2012.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 1, p.115-123, 2008.

OLIVEIRA, S. *et al.* Eficácia da vibroestimulação peniana após lesão vertebromedular. **Acta Urológica Portuguesa**, [s.l.], v. 33, n. 1, p.16-21, abr. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acup.2016.01.002>.

OLIVEIRA, S. C.; LOPES, M. V. O.; FERNANDES, A. F. C. Development and validation of an educational booklet for healthy eating during pregnancy. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.611-620, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3313.2459>.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, ed. esp., p. 206-213, 1998.

PHELPS J *et al.* Spinal Cord injury and Sexuality in Married or Partnered Men: Activities, function, needs and predictors of sexual adjustment. **Archives of Sexual Behavior**, Heidelberg, v. 30, n. 6, p. 591-602, 2001.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RINTALA, D. H. *et al.* Preventing Recurrent Pressure Ulcers in Veterans With Spinal Cord Injury: Impact of a Structured Education and Follow-Up Intervention. **Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation**, [s.l.], v. 89, n. 8, p.1429-1441, ago. 2008. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2008.01.015>.

RODRIGUES, R. M. **Pesquisa acadêmica**: como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas, 2007. 200 p.

SALE, P. *et al.* Predictors of Changes in Sentimental and Sexual Life After Traumatic Spinal Cord Injury. **Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation**, [s.l.], v. 93, n. 11, p.1944-1949, nov. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2012.03.023>.

SALLES; CASTRO, R. C. B. R. Validação de material informativo a pacientes em tratamento quimioterápico e aos seus familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n.1, p. 182-189, 2010.

SASSO- MENDES, K. D. **O processo ensino-aprendizagem para o candidato ao transplante de fígado**, 2010. 205f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SHEPHERD, J. D. *et al.* SCI-U: E-learning for patient education in spinal cord injury rehabilitation. **The Journal Of Spinal Cord Medicine**, [s. L.], v. 35, n. 5, p.319-329, 2012.

SILVA, K. L. *et al.* Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n.1, p. 86-91, 2009.

SOARES, C. B. *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014.

SOARES, M. **Letramento e alfabetização**: as muitas facetas. *Revista Brasileira de Educação*, [s. L.], v. 25, n. , p.5-17, jan. 2004.

SOUSA, C. S. **Educação pós-operatória**: construção e validação de uma tecnologia educativa para pacientes submetidos à cirurgia ortognática. 2011. 166f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2011.

SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. L.], v. 25, n. 6, p.990-996, maio 2012.

TAMARINDO, E. M. *et al.* Orientações para pessoas com lesão medular. São Paulo: Instituto Mara Gabrielli, 2013. **The Journal of Spinal Cord Medicine**, Philadelphia, v. 35, n. 5, p. 319-329, 2012.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. Como Fazer Teses em Saúde Pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 172 p.

TORRECILHA, L. A; COSTA, B. T; LIMA, F. B; SANTOS, S. M.S; SOUZA, R. B. O perfil da sexualidade em homens com lesão medular. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 27, n. 1, p. 39-48, 2014.

TORRES, H. C.; CANDIDO, N. A.; ALEXANDRE, R. S.; PEREIRA, F. L. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, 2009

TORRIANI, S. B.; BRITTO, F. C.; SILVA, G. A.; OLIVEIRA, D. C.; CARVALHO, Z. M. F. Sexuality of People with Spinal Cord Injury: Knowledge, Difficulties and Adaptation. **Journal of Biomedical Science and Engineering**, Delaware, v.7, p. 380-386, 2014.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VALLI, G. P.; COGO, A. L. P. Blogs escolares sobre sexualidade: estudo exploratório documental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**[online], v.34, n. 3, p. 31-37, 2013. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300004>.

WESPES, E. *et al.* EAU Guidelines on Erectile Dysfunction: An Update. **European Urology**, [s.l.], v. 49, n. 5, p.806-815, maio 2006. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2006.01.028>.

WHITTINGHAM, J. R. D. *et al.* Designing effective health education materials: Experimental pre-testing of a theory-based brochure to increase knowledge. **Health Education Research**, v. 23, n. 3, p. 414–426, 2008.

## APÊNDICE A - CARTA CONVITE – JUÍZES ESPECIALISTAS

Caro (a) Senhor (a), \_\_\_\_\_ (nome do especialista).

Eu, Roberta de Araújo e Silva, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), gostaria de convidá-lo (a) a ser um dos juízes da validação de conteúdo da tecnologia educativa elaborada na minha tese, intitulada **Tecnologia educativa sobre atividade sexual de pessoas com lesão medular**, sob orientação da professora Dr<sup>a</sup>. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho.

Trata-se de um material educativo, tipo cartilha, sobre a sexualidade de pessoas com lesão medular, cujo objetivo é oferecer orientações para pessoas com lesão medular e a quem interessar sobre: expressão e reorganização da sexualidade, alterações da função sexual na lesão medular, tratamento das disfunções sexuais masculinas e femininas e promoção da atividade sexual saudável e satisfatória.

O conteúdo do material educativo foi elaborado a partir de levantamento em *blogs* de pessoas com lesão medular para elencar os assuntos de interesse do público-alvo, em seguida foi realizada uma revisão de literatura em publicações nacionais e internacionais disponibilizadas *online* sobre a sexualidade e atividade sexual de pessoas com lesão medular. A arte gráfica foi elaborada por profissional com experiência em ilustração e diagramação para personalizar adequadamente o material. A metodologia para a elaboração da cartilha está baseada em Moreira, Nóbrega e Silva (2003) e Doak (2009).

A sua participação consistirá em fazer a leitura crítica do material educativo e preencher o instrumento de avaliação, o qual será disposto em itens. Para aperfeiçoamento do material educativo, o (a) senhor (a) também poderá fazer sugestões ou críticas em um espaço reservado para esta finalidade.

O prazo para devolução do material respondido será de 15 dias e lembretes serão enviados dois dias antes da data prevista para entrega, para lembrá-lo (a). As alterações sugeridas pelo grupo de juízes especialistas serão analisadas e acatadas. Assim, o material educativo será reformulado e reenviado para o (a) senhor (a) com vistas a uma nova avaliação, de modo semelhante ao processo adotado anteriormente.

Desde já agradeço sua participação, a qual é fundamental para o desenvolvimento da ciência e contribuirá para promoção da saúde sexual da pessoa com lesão medular. Certa de sua

valiosa contribuição, estou à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários por telefone: (xx) x.xxxx-xxxx / (xx) x.xxxx-xxxx (WhatsApp) ou e-mail: xxxxxxxxxxxx@yahoo.com.br

Atenciosamente, Roberta de Araújo e Silva.

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO JUÍZES ESPECIALISTAS**

Você, \_\_\_\_\_ (nome do participante), está sendo convidado como participante de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa intitulada **Tecnologia educativa sobre atividade sexual de pessoas com lesão medular** será desenvolvida por mim, Roberta de Araújo e Silva (pesquisadora), enfermeira e estudante de doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob orientação da professora Dr<sup>a</sup>. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho.

### **OBJETIVO DA PESQUISA:**

O objetivo da pesquisa é construir e validar um material educativo sobre a atividade sexual de pessoas com lesão medular.

### **BENEFÍCIOS ESPERADOS:**

Espera-se que esta pesquisa contribua para ampliar e facilitar o acesso a informação sobre atividade sexual de pessoas com lesão medular, promovendo autoconhecimento, autoestima, reorganização da autoimagem, manutenção da identidade sexual, desenvolvimento emocional, satisfação sexual; além da prevenção de agravos e complicações, tais como doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias dentre outras; desta forma favorecerá uma melhora na qualidade de vida de pessoas com lesão medular que apresentam disfunção sexual neurogênica.

Também contribuirá para fortalecer a prática assistencial de profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, despertando um novo olhar e atitude para adoção de inovações tecnológicas no cuidado em enfermagem. A tecnologia educativa poderá ser utilizada pelo enfermeiro em atividades de educação em saúde, auxiliando-o nas orientações em saúde durante hospitalização, reabilitação ou acompanhamento domiciliar.

### **RISCOS E DESCONFORTOS:**

Esta pesquisa não oferecerá riscos à integridade física dos indivíduos participantes, mas no mínimo podem provocar um desconforto pelo tempo exigido para apreciação do material educativo ou algum constrangimento pelo teor dos questionamentos devido à temática abordada.

#### PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:

Para que a tecnologia educativa alcance os objetivos propostos é necessário submetê-lo a uma avaliação por um grupo de juízes especialistas, os quais foram selecionados mediante critérios pré-estabelecidos, sendo o (a) senhor (a) considerado (a) correspondente aos requisitos para participação neste grupo.

Nesta pesquisa, os critérios de elegibilidade de juízes em conteúdo são: ser profissional de saúde com experiência profissional (clínica, ensino ou pesquisa), de no mínimo três anos na área de: cuidados à pessoa com lesão medular, ou neurologia ou sexualidade; possuir trabalhos publicados nas mesmas áreas temáticas. E os critérios de elegibilidade de juízes especialistas em *designer* gráfico são: possuir experiência profissional na elaboração de materiais educativos impressos e/ou digitais; e ter produção técnica ou científica na área de *design*. O critério de exclusão adotado são pessoas que possuam alguma limitação física ou mental de modo a comprometer a sua participação na avaliação do material educativo.

Logo, peço sua colaboração nesta pesquisa para saber se o material está adequado para ser utilizado como tecnologia educativa por pessoas com lesão medular. Sua participação consistirá em fazer a leitura crítica do material educativo e preencher o instrumento de avaliação, o qual será disposto em itens. Para aperfeiçoamento do material educativo, o (a) senhor (a) também poderá fazer sugestões ou críticas em um espaço reservado para esta finalidade.

O prazo para devolução do material respondido será de 15 dias e lembretes serão enviados eletronicamente dois dias antes da data prevista da entrega para lembrá-lo (a). As alterações sugeridas pelo grupo de juízes serão analisadas e acatadas. Assim, o material educativo será reformulado e reenviado para o (a) senhor (a) com vistas a uma nova avaliação, de modo semelhante ao processo adotado anteriormente.

#### COMPROMISSO DO PESQUISADOR:

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão mantidas em sigilo e utilizadas apenas para a realização desta pesquisa. A qualquer momento, o (a) senhor (a) poderá recusar a continuar participando da pesquisa e, também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Também garanto que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, sendo sua identidade preservada tanto durante a condução do estudo como em publicações posteriores. Vale ressaltar que o (a) senhor (a) não receberá nenhum pagamento ou ajuda financeira para participar da pesquisa e nem trará despesas para você.

Os resultados da pesquisa serão organizados e apresentados aos profissionais estudiosos do assunto em eventos científicos nacionais e internacionais e publicados em revistas científicas pertinentes.

Dou-lhe a segurança de que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive em caso de eventuais dúvidas.

Contatos do pesquisador responsável: Nome: Roberta de Araújo e Silva; Instituição: Universidade Federal do Ceará; Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE, CEP: 60430-160 - Fone: (xx) xxxx-xxxx - Email: xxxxxxxxxxxxxxxx@yahoo.com.br

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato através do Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE, CEP: 60430-275. Fone: (85)3366-8344/(85)3366-8446 - Horário de funcionamento: 08h às 12h de segunda a sexta-feira.

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua (participante), e a outra, do (a) pesquisador(a) responsável / coordenador(a) da pesquisa.

#### DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA EM PARTICIPAR DA PESQUISA:

Eu abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos,  
RG nº/Órgão expedidor: \_\_\_\_\_, declaro que é de livre e espontânea  
vontade que estou como participante da pesquisa intitulada **Tecnologia educativa sobre**

**atividade sexual de pessoas com lesão medular** e que fui devidamente esclarecido (a) da sua finalidade, das condições da minha participação e dos aspectos legais.

Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e que após a sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, ter recebido uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Nome	Assinatura do (a) participante da pesquisa	Data __/__/__
Nome	Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável pela pesquisa	Data __/__/__
Nome	Assinatura da testemunha (caso o voluntário esteja impossibilitado de assinar)	Data __/__/__
Nome	Assinatura do profissional que aplicou o TCLE	Data __/__/__

**APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO  
SOBRE ATIVIDADE SEXUAL DE PESSOA COM LESÃO MEDULAR  
JUÍZES ESPECIALISTAS – ÁREA DA SAÚDE**

**PARTE I**

**1. Identificação**

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

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: 1. Feminino ( ) 2. Masculino ( )

Área de trabalho: \_\_\_\_\_

Ocupação atual: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na área: \_\_\_\_\_

Experiência na docência: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) Se sim, qual o nível? 1. Médio ( ) 2. Superior ( )

E qual a área de ensino? \_\_\_\_\_

**2. Formação**

Formação: \_\_\_\_\_ Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Titulação: ( ) Especialização/Residência ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós-Doutorado

Tema do trabalho de conclusão de curso: \_\_\_\_\_

Especialização/Dissertação/Tese: \_\_\_\_\_

Participação em grupos/projetos de pesquisa com a temática lesão medular ou na área de neurologia: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) Se sim, especificar o tempo de participação: \_\_\_\_\_

**3. Produção Científica**

Orientação de tese: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) Quantas: \_\_\_\_\_

Orientação de dissertação: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) Quantas: \_\_\_\_\_

Orientação de monografia: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) Quantas: \_\_\_\_\_

Artigos publicados em periódicos: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) Quantos: \_\_\_\_\_

Resumo publicado em eventos científicos: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) Quantos: \_\_\_\_\_

Publicação de pesquisa envolvendo a temática: ( ) Lesão Medular ( ) Neurologia ( )

Educação em Saúde ( ) outras (especificar): \_\_\_\_\_

**PARTE II**

### Instruções e avaliações

Analise minuciosamente do material educativo de acordo com item destacado, e em seguida, marque um X na resposta que melhor represente sua resposta segundo a valoração abaixo:

Código	Valoração	Significado
1	Discordo totalmente*	O(a) juiz(a) não está de maneira alguma de acordo com a afirmação proposta.
2	Discordo*	O(a) juiz(a) não está de acordo com a afirmação proposta.
3	Não discordo nem concordo	O(a) juiz(a) não tem opinião sobre a afirmação proposta.
4	Concordo	O(a) juiz(a) está de acordo com a afirmação proposta.
5	Concordo totalmente	O(a) juiz(a) está totalmente de acordo com a afirmação proposta.

\*Em casos de discordo totalmente ou discordo, sugerir modificações ou realizar as correções do material educativo. Desde já, agradeço sua colaboração.

**1. Objetivos** – Referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do material educativo.

1.1 Os objetivos são coerentes com as necessidades de educação em saúde da pessoa com lesão medular, com vistas à reorganização da sexualidade e atividade sexual.	1	2	3	4	5
1.2 O material educativo é uma ferramenta que pode ser utilizada no processo de educação em saúde da pessoa com lesão medular, com vistas à reorganização da sexualidade e atividade sexual.	1	2	3	4	5
1.3 O material educativo é capaz de promover reflexão sobre a reorganização da sexualidade e atividade sexual de pessoas com lesão medular.	1	2	3	4	5
1.4 As informações contidas no material educativo promovem mudança de comportamento e atitude.	1	2	3	4	5
1.5 O material educativo poderá ser utilizado como material de apoio ou complementar na educação em saúde da pessoa com lesão medular, com vistas à reorganização da sexualidade e atividade sexual.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não discordo nem concordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

**2. Conteúdo** – Refere-se às informações contidas no material educativo.

2.1 O material educativo é apropriado para pessoa com lesão medular.	1	2	3	4	5
2.2 O material educativo oferece informações sobre a reorganização da sexualidade e atividade sexual da pessoa com lesão medular.	1	2	3	4	5
2.3 O material educativo ressalta a importância da reorganização da sexualidade e atividade sexual da pessoa com lesão medular.	1	2	3	4	5
2.4 O texto está apresentado de forma clara e objetiva.	1	2	3	4	5
2.5 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	1	2	3	4	5
2.6 Os conteúdos são variados e suficientes para atingir os objetivos do material educativo.	1	2	3	4	5
2.7 Existe uma sequência lógica do conteúdo apresentado.	1	2	3	4	5
2.8 A divisão dos títulos e subtítulos do material são pertinentes.	1	2	3	4	5
2.9 As ideias chaves (trechos em destaque) são pontos importantes e merecem destaque.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não discordo nem concordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

**3. Linguagem** – Refere-se a característica linguística, compreensão e estilo da redação e dos conceitos abordados no material educativo.

3.1 As informações apresentadas são claras e compreensíveis, considerando o nível de experiência do público-alvo.	1	2	3	4	5
3.2 O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	1	2	3	4	5
3.3 As informações estão bem estruturadas.	1	2	3	4	5
3.4 As informações estão em concordância com a ortografia.	1	2	3	4	5
3.5 A escrita utilizada é atrativa.	1	2	3	4	5

3.6 O título do material educativo é interessante e adequado.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não concordo nem concordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

**4. Relevância** – Refere-se às características que avaliam o grau de significação do material educativo apresentado.

4.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados durante consultas e/ou reabilitação.	1	2	3	4	5
4.2 O material permite a transferência e generalizações do aprendizado a diferentes contextos (hospitalar e domiciliar).	1	2	3	4	5
4.3 O material educativo propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado.	1	2	3	4	5
4.4 O material educativo aborda os assuntos necessários para a pessoa com lesão medular.	1	2	3	4	5
4.5 O material educativo está adequado para ser utilizado por qualquer profissional da área da saúde.	1	2	3	4	5
4.6 O material educativo está adequado e pode ser utilizado como um instrumento mediador em educação em saúde.	1	2	3	4	5
4.7 O tema é atual e relevante.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

**5. Ilustrações** – Refere-se ao uso de ilustrações no material educativo.

5.1 As ilustrações utilizadas são pertinentes com o conteúdo do material.	1	2	3	4	5
5.2 As ilustrações expressam a informação que se pretendeu transmitir, sendo de fácil compreensão.	1	2	3	4	5
5.3 O número de ilustrações está suficiente.	1	2	3	4	5

5.4 As legendas das ilustrações estão adequadas e auxilia o leitor a compreender a imagem.	1	2	3	4	5
5.5 Os personagens são carismáticos (empáticos).	1	2	3	4	5
5.6 A apresentação dos personagens e situações são suficientes.	1	2	3	4	5
5.7 Os personagens são semelhantes à realidade do público-alvo, o qual o material educativo se propõe.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

**6. Layout** – Refere-se ao formato da apresentação do material ao leitor de forma que desperte interesse para a leitura.

6.1 A apresentação do material educativo está atrativa.	1	2	3	4	5
6.2 A apresentação do material educativo está organizada de forma lógica.	1	2	3	4	5
6.3 O conteúdo está apresentado com letra em tamanho e fonte adequados para a leitura.	1	2	3	4	5
6.4 O tipo de letra utilizado facilita a leitura do material.	1	2	3	4	5
6.5 O contraste com cores diferentes foi feito de forma adequada.	1	2	3	4	5
6.6 A disposição do texto está adequada.	1	2	3	4	5
6.7 O papel da impressão do material está apropriado.	1	2	3	4	5
6.8 O número de páginas está adequado.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

**7. Motivação** – Refere-se à motivação para a leitura do material educativo.

7.1 O título é atraente e desperta interesse para a leitura.	1	2	3	4	5
7.2 O conteúdo desperta interesse para a leitura.	1	2	3	4	5

7.3 O conteúdo é motivador e incentiva o leitor a prosseguir a leitura.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

**8. Cultura** – Refere-se à adequação do material educativo apresentado à cultura do público-alvo.

8.1 O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

### PARTE III

#### 9. Avaliação do material educativo quanto aos assuntos abordados

9.1 Assuntos	9.1 Clareza	9.1 Relevância	9.1 Grau de relevância
Expressão da sexualidade e alterações da função sexual da pessoa com lesão medular.	1 ( ) sim	1 ( ) sim	1 ( ) Muito relevante
	2 ( ) não	2 ( ) não	2 ( ) Realmente relevante 3 ( ) Pouco relevante 4 ( ) Irrelevante
9.2 Assuntos	9.2 Clareza	9.2 Relevância	9.2 Grau de relevância
Tratamentos das disfunções sexuais masculina e feminina na lesão medular.	1 ( ) sim	1 ( ) sim	1 ( ) Muito relevante
	2 ( ) não	2 ( ) não	2 ( ) Realmente relevante 3 ( ) Pouco relevante 4 ( ) Irrelevante
9.3 Assuntos	9.3 Clareza	9.3 Relevância	9.3 Grau de relevância
Promoção da atividade sexual saudável e satisfatória da pessoa com lesão medular.	1 ( ) sim	1 ( ) sim	1 ( ) Muito relevante
	2 ( ) não	2 ( ) não	2 ( ) Realmente relevante 3 ( ) Pouco relevante 4 ( ) Irrelevante

Comentários gerais e sugestões:

---



---

**PARTE IV****10. Parecer final do material educativo**

1. Aprovado	
2. Aprovado com modificações	
3. Reprovado com qualidades	
4. Reprovado	

**APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO  
SOBRE ATIVIDADE SEXUAL DE PESSOA COM LESÃO MEDULAR  
JUÍZES ESPECIALISTAS – DESIGNER GRÁFICO**

**PARTE I**

**1. Identificação**

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

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: 1. Feminino ( ) 2. Masculino( )

Área de trabalho: \_\_\_\_\_

Ocupação atual: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na área: \_\_\_\_\_

Experiência na docência: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) Se sim, qual o nível? 1. Médio ( ) 2. Superior ( )

E qual a área de ensino? \_\_\_\_\_

**2. Formação**

Formação: \_\_\_\_\_ Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Titulação: ( )Especialização ( )Mestrado ( )Doutorado ( )Pós-Doutorado

Participação em grupos/projetos de pesquisa: ( ) Sim ( ) Não. Se sim, especificar a área temática: \_\_\_\_\_

**3. Produção Científica**

Orientação de tese: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) Quantas: \_\_\_\_\_

Orientação de dissertação: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) Quantas: \_\_\_\_\_

Orientação de monografia: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) Quantas: \_\_\_\_\_

Artigos publicados em periódicos: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) Quantos: \_\_\_\_\_

Resumo publicado em eventos científicos: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) Quantos: \_\_\_\_\_

**PARTE II**

**Instruções e avaliações**

Analise minuciosamente do material educativo de acordo com item destacado, e em seguida, marque um X na resposta que melhor represente sua resposta segundo a valoração abaixo:

<b>Código</b>	<b>Valoração</b>	<b>Significado</b>
1	Discordo totalmente*	O(a) juiz(a) não está de maneira alguma de acordo com a afirmação proposta.
2	Discordo*	O(a) juiz(a) não está de acordo com a afirmação proposta.
3	Não discordo nem concordo	O(a) juiz(a) não tem opinião sobre a afirmação proposta.
4	Concordo	O(a) juiz(a) está de acordo com a afirmação proposta.
5	Concordo totalmente	O(a) juiz(a) está totalmente de acordo com a afirmação proposta.

\*Em casos de discordo totalmente ou discordo, sugerir modificações ou realizar as correções do material educativo. Desde já, agradeço sua colaboração.

**1. Estrutura e apresentação** – Refere-se às informações abordadas no material educativo, organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

1.1 Os conceitos estão apresentados de maneira clara e objetiva.	1	2	3	4	5
1.2 Existe uma sequência lógica do conteúdo proposto.	1	2	3	4	5
1.3 A divisão dos títulos e subtítulos do material são pertinentes.	1	2	3	4	5
1.4 Os trechos em destaque são pontos importantes e merecem destaque.	1	2	3	4	5
1.5 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	1	2	3	4	5
1.6 As informações estão bem estruturadas e em concordância	1	2	3	4	5
1.7 As informações estão em concordância com a ortografia.	1	2	3	4	5
1.8 O texto utilizado mostra-se atrativo e estimula a continuação da leitura.	1	2	3	4	5
1.9 A forma de apresentação do material educativo mostra-se criativa.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não discordo nem concordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

**2. Ilustrações** - Refere-se ao uso de ilustrações no material educativo.

2.1 As ilustrações utilizadas são pertinentes com o conteúdo do material educativo.	1	2	3	4	5
2.2 As ilustrações expressam a informação que se pretendeu transmitir, sendo de fácil compreensão.	1	2	3	4	5
2.3 O número de ilustrações está de acordo com o recomendado para um material educativo do tipo cartilha.	1	2	3	4	5
2.4 As legendas das ilustrações estão adequadas e auxilia o leitor a compreender a imagem.	1	2	3	4	5
2.5 Os personagens ilustrados no material educativo exprimem originalidade.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não discordo nem concordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

**3. Layout** - Refere-se à forma de organização dos elementos do material educativo (texto, ilustração, cor da página, contraste com letras escritas) de forma coerente com os princípios pedagógicos a que se destina o material educativo, despertando interesse para a leitura.

3.1 Os textos utilizados são pertinentes com o conteúdo do material educativo.	1	2	3	4	5
3.2 Os textos expressam a informação que se pretendeu transmitir, sendo de fácil compreensão.	1	2	3	4	5
3.3 As ilustrações, cor da página e o contraste com letras escritas está de acordo com o recomendado para um material educativo do tipo cartilha.	1	2	3	4	5
3.4 Os textos do material educativo expressão a realidade.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não discordo nem concordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

**4. Funcionalidade** - Refere-se às funções que são previstas pelo material educativo que são dirigidas a facilitar o ensino.

4.1 O material educativo apresenta-se como ferramenta adequada para orientar as pessoas com lesão medular sobre a reorganização da sexualidade e atividade sexual.	1	2	3	4	5
4.2 O material educativo pode gerar resultados positivos ao ser utilizado pela população-alvo (pessoas com lesão medular).	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não discordo nem concordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

**5. Usabilidade** - Refere-se ao esforço necessário para usar o material educativo, bem como o julgamento individual desse uso por um conjunto explícito ou implícito de usuários.

5.1 O material educativo apresenta-se como ferramenta adequada para orientar pessoa com lesão medular quanto a reorganização da sexualidade e atividade sexual.	1	2	3	4	5
5.2 Fornece orientação de forma clara.	1	2	3	4	5
5.3 Fornece orientação de forma eficaz.	1	2	3	4	5
5.4 Fornece orientação de forma rápida, não sendo a leitura exaustiva.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não discordo nem concordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

**6. Eficiência** - Refere-se ao relacionamento entre o nível de desempenho do material educativo e a quantidade de recursos usados sob as condições estabelecidas.

6.1 O número e a caracterização dos personagens atendem ao objetivo proposto.	1	2	3	4	5
6.2 O discurso do texto é usado de forma eficiente e compreensível à clientela.	1	2	3	4	5

6.3 Os recursos visuais (exemplo: figuras, destaque de cor) são utilizados de forma adequada.	1	2	3	4	5
6.4 Os recursos visuais (exemplo: figuras, destaque de cor) são utilizados de forma compreensível.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não discordo nem concordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

### PARTE III – Avaliação do material educativo

1. Aprovado	
2. Aprovado com modificações	
3. Reprovado com qualidades	
4. Reprovado	

Comentários gerais e sugestões:

---



---

## APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### PÚBLICO-ALVO DA PESQUISA

Você, \_\_\_\_\_ (nome do participante), está sendo convidado como participante de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa intitulada **Tecnologia educativa sobre atividade sexual de pessoas com lesão medular** será desenvolvida por mim, Roberta de Araújo e Silva (pesquisadora), enfermeira e estudante de doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob orientação da professora Dr<sup>a</sup>. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho.

#### OBJETIVO DA PESQUISA:

O objetivo da pesquisa é construir e validar um material educativo sobre a atividade sexual de pessoas com lesão medular.

#### BENEFÍCIOS ESPERADOS:

Espera-se que esta pesquisa contribuirá para ampliar e facilitar o acesso a informação sobre atividade sexual de pessoas com lesão medular, promovendo autoconhecimento, autoestima, reorganização da autoimagem, manutenção da identidade sexual, desenvolvimento emocional, satisfação sexual; além da prevenção de agravos e complicações, tais como doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias dentre outras; desta forma favorecerá uma melhora na qualidade de vida de pessoas com lesão medular que apresentam disfunção sexual neurogênica.

Também contribuirá para fortalecer a prática assistencial de profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, despertando um novo olhar e atitude para adoção de inovações tecnológicas no cuidado em enfermagem. A tecnologia educativa poderá ser utilizada pelo enfermeiro em atividades de educação em saúde, auxiliando-o nas orientações em saúde durante hospitalização, reabilitação ou acompanhamento domiciliar.

#### RISCOS E DESCONFORTOS:

Esta pesquisa não oferecerá riscos à integridade física dos indivíduos participantes, mas no mínimo podem provocar um desconforto pelo tempo exigido para apreciação do material educativo ou algum constrangimento pelo teor dos questionamentos devido à temática abordada.

#### PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:

Para que a tecnologia educativa alcance os objetivos propostos é necessário submetê-lo a uma avaliação por um grupo de participantes, que deve ser pessoa acometida por lesão medular adquirida, ter mais de 18 anos, saber ler; ter sido acometido pela lesão medular há no mínimo 45 dias e morar em Fortaleza - CE. Não poderão participar da pesquisa pessoas que possuam alguma limitação física ou mental de modo a comprometer a avaliação do material educativo.

Logo, peço sua colaboração nesta pesquisa para saber se o material educativo está adequado para ser utilizado por pessoas com lesão medular. Sua participação consistirá em fazer a leitura crítica do material educativo e preencher o instrumento de avaliação, o qual será disposto em itens. Para aperfeiçoamento do material educativo, o (a) senhor (a) também poderá fazer sugestões ou críticas em um espaço reservado para esta finalidade.

#### COMPROMISSO DO PESQUISADOR:

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão mantidas em sigilo e utilizadas apenas para a realização desta pesquisa. A qualquer momento, o (a) senhor (a) poderá recusar a continuar participando da pesquisa e, também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Também garanto que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, sendo sua identidade preservada tanto durante a condução do estudo como em publicações posteriores. Vale ressaltar que o (a) senhor (a) não receberá nenhum pagamento ou ajuda financeira para participar da pesquisa e nem trará despesas para você.

Os resultados da pesquisa serão organizados e apresentados aos profissionais estudiosos do assunto em eventos científicos nacionais e internacionais e publicados em revistas científicas pertinentes.

Dou-lhe a segurança de que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive em caso de eventuais dúvidas.

Contatos do pesquisador responsável: Nome: Roberta de Araújo e Silva; Instituição: Universidade Federal do Ceará; Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE, CEP: 60430-160 - Fone: (xx) xxxxx-xxxx – (xx) xxxxx-xxxx (Whatsapp) - Email: [xxxxxxxxxxxx@yahoo.com.br](mailto:xxxxxxxxxxxx@yahoo.com.br)

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato através do Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE, CEP: 60430-275. Fone: (85)3366-8344/ (85)3366-8446 - Horário de funcionamento: 08h às 12h de segunda a sexta-feira.

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua (participante), e a outra, do (a) pesquisador(a) responsável / coordenador(a) da pesquisa.

#### DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Eu abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_anos, RG nº/Órgão expedidor: \_\_\_\_\_, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou como participante da pesquisa intitulada **Tecnologia educativa sobre atividade sexual de pessoas com lesão medular** e que fui devidamente esclarecido(a) da sua finalidade, das condições da minha participação e dos aspectos legais.

Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e que após a sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, ter recebido uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Data \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante da  
pesquisa

_____ Nome	_____ Assinatura do (a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa	Data __/__/__
_____ Nome	_____ Assinatura da testemunha (caso o voluntário esteja impossibilitado de assinar)	Data __/__/__
_____ Nome	_____ Assinatura do profissional que aplicou o TCLE	Data __/__/__

**APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA MATERIAL EDUCATIVO  
SOBRE A ATIVIDADE SEXUAL DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR  
PARTICIPANTE DA PESQUISA**

**PARTE I****1. Identificação**

Fone: \_\_\_\_\_

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: 1. Feminino ( ) 2. Masculino ( ) Escolaridade (em anos): \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Cor: 1.( )branca 2.( )negra 3.( )parda 4.( )amarela

Estado civil: 1.Solteiro( ) 2.Casado( ) 3.União estável( ) 4.Separado/divorciado( ) 5.Viúvo( )

Profissão/Ocupação: \_\_\_\_\_ Renda familiar (em salários mínimos): \_\_\_\_\_

Trabalha: 1. Sim ( ) 2. Não. Se não trabalha: ( ) Está desempregado(a). ( ) É aposentado(a).

( ) É pensionista. ( ) É do lar. ( ) Está recebendo auxílio-doença. Outros: \_\_\_\_\_

Tipo de lesão: 1. Paraplegia Completa ( ) 2. Paraplegia Incompleta ( )

3. Tetraplegia Completa ( ) 4. Tetraplegia Incompleta ( )

Nível da lesão: \_\_\_\_\_ Tempo de lesão: \_\_\_\_\_

Causa da lesão: \_\_\_\_\_

**PARTE II****Instruções**

Analise minuciosamente do material educativo de acordo com item destacado, e em seguida, marque um X na resposta que melhor represente sua resposta segundo a valoração abaixo:

<b>Código</b>	<b>Valoração</b>	<b>Significado</b>
1	Discordo totalmente*	O(a) juiz(a) não está de maneira alguma de acordo com a afirmação proposta.
2	Discordo*	O(a) juiz(a) não está de acordo com a afirmação proposta.
3	Não discordo nem concordo	O(a) juiz(a) não tem opinião sobre a afirmação proposta.
4	Concordo	O(a) juiz(a) está de acordo com a afirmação proposta.

5	Concordo totalmente	O(a) juiz(a) está totalmente de acordo com a afirmação proposta.
---	---------------------	--

\*Em casos de discordo totalmente ou discordo, sugerir modificações ou realizar as correções do material educativo. Desde já, agradeço sua colaboração.

**1. Objetivos** – Referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do material educativo.

1.1 A cartilha educativa atende aos objetivos das pessoas com lesão medular, com vistas à reorganização da sexualidade e atividade sexual.	1	2	3	4	5
1.2 A cartilha educativa pode auxiliar nas orientações em saúde durante internação hospitalar e/ou reabilitação da pessoa com lesão medular.	1	2	3	4	5
1.3 A cartilha educativa é capaz de promover reflexão sobre a reorganização da sexualidade e atividade sexual de pessoas com lesão medular.	1	2	3	4	5
1.4 A cartilha educativa está adequada para ser utilizada por qualquer profissional da área da saúde.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não discordo nem concordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

**2. Organização** – Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isso inclui sua organização geral, estrutura, coerência e formatação.

2.1 A capa da cartilha está atraente.	1	2	3	4	5
2.2 A capa da cartilha contempla as informações do material.	1	2	3	4	5
2.3 O tamanho do título e dos conteúdos nos tópicos está adequado.	1	2	3	4	5
2.4 Os tópicos apresentam uma sequência lógica.	1	2	3	4	5
2.5 Os temas retratam aspectos-chave importantes.	1	2	3	4	5
2.6 Há coerência entre as informações da capa, apresentação, sumário e conteúdo da cartilha.	1	2	3	4	5
2.7 O papel do material impresso está apropriado.	1	2	3	4	5
2.8 O número de páginas está adequado.	1	2	3	4	5

2.9 O material tem tamanho adequado, ou seja, não é extenso nem cansativo.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não discordo nem concordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

**3. Linguagem** - Refere-se à característica linguística, compreensão e estilo da redação e dos conceitos abordados no material educativo apresentado.

3.1 A redação está em estilo adequado.	1	2	3	4	5
3.2 O texto é vívido e interessante.	1	2	3	4	5
3.3 O tom é amigável.	1	2	3	4	5
3.4 O vocabulário é acessível com palavras simples e comuns.	1	2	3	4	5
3.5 Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva.	1	2	3	4	5
3.6 Há associação entre o tema de cada sessão e o texto correspondente.	1	2	3	4	5
3.7 O texto está claro.	1	2	3	4	5
3.8 O texto é compreensível e conveniente ao paciente.	1	2	3	4	5
3.9 Não foi observado nenhum erro de linguagem ou veiculação de conceitos que expressam ideia insultante às pessoas com lesão medular.	1	2	3	4	5
3.10 O texto apresenta interação com orientações entre profissional e paciente.	1	2	3	4	5
3.11 O texto é escrito de forma que o paciente é o centro das atenções, ou seja, o paciente é mais importante.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não discordo nem concordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

**4. Aparência** - Refere-se à característica que avalia o grau de significação do material

educativo apresentado.

4.1 A composição visual é atrativa.	1	2	3	4	5
4.2 As páginas ou sessões parecem organizadas.	1	2	3	4	5
4.3 O número de figuras é suficiente.	1	2	3	4	5
4.4 As figuras são apresentadas em tamanho adequado.	1	2	3	4	5
4.5 As figuras correspondem aos conteúdos ilustrados.	1	2	3	4	5
4.6 As figuras são simples, apropriadas e de traçado de fácil compreensão.	1	2	3	4	5
4.7 As figuras são autoexplicativas.	1	2	3	4	5
4.8 As figuras são familiares para os leitores.	1	2	3	4	5
4.9 As figuras são provocadoras de perguntas sobre a temática.	1	2	3	4	5
4.10 As figuras estão integradas ao texto (bem localizadas).	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não discordo nem concordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

**5. Motivação** - Refere-se à capacidade do material em causar algum impacto, motivação e/ou interesse, assim como ao grau de significação do material educativo apresentado.

5.1 A cartilha é apropriada para a sua idade, sexo e cultura.	1	2	3	4	5
5.2 A cartilha apresenta sequência lógica sobre a atividade sexual da pessoa com lesão medular.	1	2	3	4	5
5.3 A cartilha desperta interesse e curiosidade.	1	2	3	4	5
5.4 A cartilha aborda os assuntos necessários para que pessoa com lesão medular consiga compreender melhor a expressão da sua sexualidade e a atividade sexual.	1	2	3	4	5
5.5 As informações contidas na cartilha são importantes para reorganização da sexualidade da pessoa com lesão medular.	1	2	3	4	5
5.6 A cartilha promove mudança de comportamento e atitude.	1	2	3	4	5
5.7 A cartilha propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado.	1	2	3	4	5
5.8 A cartilha trouxe novos conhecimentos sobre o assunto.	1	2	3	4	5

5.9 A interação é convidada pelo texto e sugere a prática dos cuidados.	1	2	3	4	5
5.10 A cartilha ensina o paciente a realizar os cuidados desejados.	1	2	3	4	5
5.11 O conteúdo da cartilha mantém a dinâmica da leitura.	1	2	3	4	5
5.12 O conteúdo da cartilha motiva a leitura até o final.	1	2	3	4	5
5.13 O uso da cartilha se faz relevante.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não discordo nem concordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

---



---

### PARTE III

#### 9. Avaliação do material educativo quanto aos assuntos abordados

9.1 Assuntos	9.1 Clareza	9.1 Relevância	9.1 Grau de relevância
Expressão da sexualidade e alterações da função sexual da pessoa com lesão medular.	1 ( ) sim	1 ( ) sim	1 ( ) Muito relevante
	2 ( ) não	2 ( ) não	2 ( ) Realmente relevante 3 ( ) Pouco relevante 4 ( ) Irrelevante
9.2 Assuntos	9.2 Clareza	9.2 Relevância	9.2 Grau de relevância
Tratamentos das disfunções sexuais masculina e feminina na lesão medular.	1 ( ) sim	1 ( ) sim	1 ( ) Muito relevante
	2 ( ) não	2 ( ) não	2 ( ) Realmente relevante 3 ( ) Pouco relevante 4 ( ) Irrelevante
9.3 Assuntos	9.3 Clareza	9.3 Relevância	9.3 Grau de relevância
Promoção da atividade sexual saudável e satisfatória da pessoa com lesão medular.	1 ( ) sim	1 ( ) sim	1 ( ) Muito relevante
	2 ( ) não	2 ( ) não	2 ( ) Realmente relevante 3 ( ) Pouco relevante 4 ( ) Irrelevante

Comentários gerais e sugestões:

---



---

### PARTE IV

#### 10. Parecer final do material educativo

1. Aprovado	
2. Aprovado com modificações	

3. Reprovado com qualidades	
4. Reprovado	

Comentários gerais e sugestões:

---

---

**APÊNDICE G - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO,  
 ATITUDE E PRÁTICA SOBRE A ATIVIDADE SEXUAL DE PESSOAS COM  
 LESÃO MEDULAR  
 PARTICIPANTE DA PESQUISA**

**1. Identificação sociodemográfica**

Fone: \_\_\_\_\_

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: 1. Feminino ( ) 2. Masculino ( ) Escolaridade (em anos): \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Cor: 1.( )branca 2.( )negra 3.( )parda 4.( )amarela

Estado civil: 1.Solteiro( ) 2.Casado( ) 3.União estável( ) 4.Separado/divorciado( ) 5.Viúvo( )

Profissão/Ocupação: \_\_\_\_\_ Renda familiar (em salários mínimos): \_\_\_\_\_

Trabalha: 1. Sim ( ) 2. Não. Se não trabalha: ( ) Está desempregado(a). ( ) É aposentado(a).

( ) É pensionista. ( ) É do lar. ( ) Está recebendo auxílio-doença. Outros: \_\_\_\_\_

**3. Dados Clínicos**

Tipo de lesão: 1. Paraplegia Completa ( ) 2. Paraplegia Incompleta ( )

3. Tetraplegia Completa ( ) 4. Tetraplegia Incompleta ( )

Nível da lesão: \_\_\_\_\_ Tempo de lesão: \_\_\_\_\_

Causa da lesão: Acidente automobilístico ( ) PAF ( ) Queda ( )

Agressão Interpessoal ( ) Outros ( ) NR ( )

**2. Dados relacionados a atividade sexual**

Tem um companheiro atualmente: 1. Sim ( ) 2. Não ( )

Tem vida sexual ativa: 1. Sim ( ) 2. Não ( )

Antes da lesão medular você tinha vida sexual ativa: 1. Sim ( ) 2. Não ( )

**Instruções**

1. Marcar apenas uma resposta para cada pergunta (que melhor lhe representar).
2. Cada resposta correta corresponde a um ponto.
3. Atenção: não deixar perguntas em branco.

## INQUÉRITO CAP – PRÉ-TESTE

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017

CONHECIMENTO SOBRE LESÃO MEDULAR E SEXUALIDADE		Pontos
1. Você sabe o que é sexualidade? ( ) Não sei.  ( ) Sim, a sexualidade está relacionado apenas com o sexo e a relação sexual.  ( ) Sim, a sexualidade está relacionada com o que pensamos, sentimos e agimos.		
2. A pessoa com lesão medular pode ter desejos sexuais? ( ) Não, o desejo sexual acaba depois que a pessoa tem uma lesão medular  ( ) Sim, o desejo sexual continua mesmo depois da lesão medular, mas pode estar alterado.		
3. Você sabe o que é lesão medular? ( ) Não sei.  ( ) Sim, é um problema na coluna que impede apenas a pessoa andar.  ( ) Sim, é um problema que afeta a medula e provoca a perda de movimento, sensibilidade e controle dos órgãos na parte do corpo que está abaixo da lesão.		
4. Você sabe como a lesão medular pode afetar a função sexual da pessoa? ( ) Não sei.  ( ) Sim, a pessoa não consegue ter relação sexual.  ( ) Sim, a pessoa tem alterações na função sexual, mas consegue ter relação sexual.		
<b>Sobre a função sexual da pessoa com lesão medular, responda:</b>		
5. O homem consegue ter ereção?	( ) Não ( ) Sim	
6. O homem consegue ejacular?	( ) Não ( ) Sim	
7. O homem com lesão medular pode ter filhos?	( ) Não ( ) Sim	
8. A mulher pode menstruar?	( ) Não ( ) Sim	
9. A mulher com lesão medular pode engravidar?	( ) Não ( ) Sim	
10. Você sabe o que é disreflexia autonômica? ( ) Não sei.  ( ) Sim, é um reflexo que a pessoa sente automaticamente na parte do corpo acima da lesão  ( ) Sim, é um aumento descontrolado da pressão arterial provocado por estímulo excessivo na parte do corpo que a pessoa não consegue sentir.		
<b>Avaliação do Conhecimento</b>	( ) Conhecimento Adequado	
<b>Parâmetro:</b> Inadequado: 0 a 5 pontos; Adequado: 6 a 10 pontos.	( ) Conhecimento Inadequado	
ATTITUDE SOBRE LESÃO MEDULAR E SEXUALIDADE		Pontos
1. Você acha que a pessoa com lesão medular pode ter uma atividade sexual saudável e satisfatória? ( ) Não ( ) Sim		
2. Você acha importante buscar informação sobre a sexualidade da pessoa com lesão medular? ( ) Não ( ) Sim		
3. Você acha importante buscar tratamento para as disfunções (problemas) sexuais?		



<p>4. Você sabe como a lesão medular pode afetar a função sexual da pessoa?</p> <p>( ) Não sei.</p> <p>( ) Sim, a pessoa não consegue ter relação sexual.</p> <p>( ) Sim, a pessoa tem alterações na função sexual, mas consegue ter relação sexual.</p>		
<p><b>Sobre a função sexual da pessoa com lesão medular, responda:</b></p>		
<p>5. O homem consegue ter ereção? ( ) Não ( ) Sim</p> <p>6. O homem consegue ejacular? ( ) Não ( ) Sim</p> <p>7. O homem com lesão medular pode ter filhos? ( ) Não ( ) Sim</p> <p>8. A mulher pode menstruar? ( ) Não ( ) Sim</p> <p>9. A mulher com lesão medular pode engravidar? ( ) Não ( ) Sim</p>		
<p>10. Você sabe o que é disreflexia autonômica?</p> <p>( ) Não sei.</p> <p>( ) Sim, é um reflexo que a pessoa sente automaticamente na parte do corpo acima da lesão</p> <p>( ) Sim, é um aumento descontrolado da pressão arterial provocado por estímulo excessivo na parte do corpo que a pessoa não consegue sentir.</p>		
<p><b>Avaliação do Conhecimento</b></p> <p><b>Parâmetro:</b> Inadequado: 0 a 5 pontos; Adequado: 6 a 10 pontos.</p>	<p>( ) Conhecimento Adequado</p> <p>( ) Conhecimento Inadequado</p>	
<b>ATTITUDE SOBRE LESÃO MEDULAR E SEXUALIDADE</b>		<b>Pontos</b>
<p>11. Você acha que a pessoa com lesão medular pode ter uma atividade sexual saudável e satisfatória?</p> <p>( ) Não ( ) Sim</p>		
<p>12. Você acha importante buscar informação sobre a sexualidade da pessoa com lesão medular?</p> <p>( ) Não ( ) Sim</p>		
<p>13. Você acha importante buscar tratamento para as disfunções (problemas) sexuais?</p> <p>( ) Não ( ) Sim</p>		
<p><b>Avaliação da Atitude</b></p> <p><b>Parâmetro:</b> Inadequado: 0-1 ponto; Adequado: 2 a 3 pontos.</p>	<p>( ) Atitude Adequado</p> <p>( ) Atitude Inadequado</p>	
<b>PRÁTICA SOBRE LESÃO MEDULAR E SEXUALIDADE</b>		<b>Pontos</b>
<p>14. Você acha que conversar com o parceiro (a) pode ajudar no relacionamento afetivo?</p> <p>( ) Não ( ) Sim</p>		
<p>15. Você acha que fazer carícias no corpo todo, antes e durante a relação sexual, pode ajudar a pessoa a ter prazer?</p> <p>( ) Não ( ) Sim</p>		
<p><b>Sobre os cuidados que a pessoa deve realizar antes da relação sexual, responda:</b></p>		
<p>16. Fazer higiene corporal e íntima? ( ) Não ( ) Sim</p> <p>17. Ter cuidado com a pele para não causar lesões? ( ) Não ( ) Sim</p> <p>18. Fazer o esvaziamento da bexiga (urinar/cateterismo)? ( ) Não ( ) Sim</p> <p>19. Fazer o esvaziamento do intestino (retirar as fezes)? ( ) Não ( ) Sim</p>		
<p>20. Você acha que a pessoa com lesão medular deve se prevenir contra as doenças sexualmente transmissíveis?</p> <p>( ) Não ( ) Sim</p>		
<p>21. Você acha que a pessoa com lesão medular deve se prevenir contra uma gravidez não-planejada (indesejada)?</p>		

( ) Não ( ) Sim		
<b>Avaliação da Atitude</b> <b>Parâmetro:</b> Inadequado: 0 a 4 pontos; Adequado: 5 a 8 pontos.	( ) Prática Adequada	
	( ) Prática Inadequada	
<b>AVALIAÇÃO GERAL DA APRENDIZAGEM SOBRE LESÃO MEDULAR E SEXUALIDADE</b>		<b>Total</b>
<b>Aprendizagem Inadequada:</b> 0 – 10 pontos <b>Aprendizagem Adequada:</b> 13- 21 pontos	( ) Aprendizagem Adequada	
	( ) Aprendizagem Inadequada	

**INQUÉRITO CAP – PÓS-TESTE TARDIO**      **Data:** \_\_\_/\_\_\_/2017

<b>CONHECIMENTO SOBRE LESÃO MEDULAR E SEXUALIDADE</b>	<b>Pontos</b>
1. Você sabe o que é sexualidade? ( ) Não sei. ( ) Sim, a sexualidade está relacionado apenas com o sexo e a relação sexual. ( ) Sim, a sexualidade está relacionada com o que pensamos, sentimos e agimos.	
2. A pessoa com lesão medular pode ter desejos sexuais? ( ) Não, o desejo sexual acaba depois que a pessoa tem uma lesão medular ( ) Sim, o desejo sexual continua mesmo depois da lesão medular, mas pode estar alterado.	
3. Você sabe o que é lesão medular? ( ) Não sei. ( ) Sim, é um problema na coluna que impede apenas a pessoa andar. ( ) Sim, é um problema que afeta a medula e provoca a perda de movimento, sensibilidade e controle dos órgãos na parte do corpo que está abaixo da lesão.	
4. Você sabe como a lesão medular pode afetar a função sexual da pessoa? ( ) Não sei. ( ) Sim, a pessoa não consegue ter relação sexual. ( ) Sim, a pessoa tem alterações na função sexual, mas consegue ter relação sexual.	
<b>Sobre a função sexual da pessoa com lesão medular, responda:</b>	
5. O homem consegue ter ereção? ( ) Não ( ) Sim 6. O homem consegue ejacular? ( ) Não ( ) Sim 7. O homem com lesão medular pode ter filhos? ( ) Não ( ) Sim 8. A mulher pode menstruar? ( ) Não ( ) Sim 9. A mulher com lesão medular pode engravidar? ( ) Não ( ) Sim	
10. Você sabe o que é disreflexia autonômica? ( ) Não sei. ( ) Sim, é um reflexo que a pessoa sente automaticamente na parte do corpo acima da lesão ( ) Sim, é um aumento descontrolado da pressão arterial provocado por estímulo excessivo na parte do corpo que a pessoa não consegue sentir.	
<b>Avaliação do Conhecimento</b>	( ) Conhecimento Adequado



**APÊNDICE H - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS BLOGS**

<b>Identificação</b>	
<b>Título</b>	
<b>Endereço</b>	
<b>Autoria</b>	
<b>Objetivo</b>	
<b>Última atualização</b>	
<b>Data de criação</b>	
<b>Número de Posts</b>	
<b>Acessos</b>	
<b>Conteúdo relacionado à temática</b>	
<b>Comentários relacionado à temática</b>	