



UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA

SAÚDE SEXUAL EM CONTEXTO DE REABILITAÇÃO

[Sexual health in a rehabilitation context]

Dissertação de Mestrado

[Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde]

Marisa Silva Lopes

Orientadora:

Professora Doutora Isabel Silva

Outubro 2024

SAÚDE SEXUAL EM CONTEXTO DE REABILITAÇÃO

[Sexual health in a rehabilitation context]

Dissertação de Mestrado

[Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde]

Marisa Silva Lopes

Orientadora:

Professora Doutora Isabel Silva

Outubro 2024

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar mais uma etapa, é indispensável expressar a minha profunda gratidão a todos aqueles que contribuíram e continuam a contribuir, todos os dias, para o sucesso do meu percurso académico e para a partilha de momentos felizes.

À minha orientadora e modelo de referência, Professora Doutora Isabel Silva, pelo seu conhecimento ilimitado, apoio constante e pela motivação para melhorar e encontrar a melhor versão de mim e do meu trabalho. A sua generosidade e alegria contagiante foram essenciais.

Agradeço também aos meus amigos, colegas e professores da Universidade Fernando Pessoa, com especial menção à Dr^a Ana Rita Pacheco, orientadora exemplar do Centro de Reabilitação do Norte. Sou eternamente grata pelas aprendizagens e pelos sorrisos partilhados ao longo deste processo.

Um agradecimento especial ao meu namorado André Sousa, pela paciência e apoio, e à minha filha Matilde Lopes, por ser a luz dos meus dias, ambos tornaram este percurso bem mais desafiante.

Ao meu amigo guerreiro e incansável Tomé Soares, pela força e inspiração, e à maravilhosa Maryia Hurevich, pela amizade constante.

RESUMO

A saúde sexual espelha a experiência subjetiva do doente tendo em conta o episódio agudo de doença, distinto entre indivíduos, sofrendo influências comportamentais, cognitivos, emocionais e sociodemográficas. A necessidade de compreender as limitações e o sofrimento dos indivíduos com alterações da saúde física com impacto na saúde sexual cria, só por si, uma robusta motivação para a avaliar a Satisfação Sexual. O presente estudo de natureza exploratória transversal, teve como o objetivo, principais de avaliar a satisfação sexual e apurar o interesse de avaliação e intervenção em saúde sexual em indivíduos de uma população clínica em contexto reabilitação. Foi estudada uma amostra de conveniência constituída por 110 indivíduos, que se distribuem entre quatro condições (Acidente Vascular Cerebral – AVC = 31.8% (n = 35); Lesão Medular – LM = 26.4% (n = 29), Traumatismo Cranioencefálico – TCE = 20.9% (n = 23) e “Outras” = 20.9% (n = 23), com idades entre 21 e 91 anos ($M=53.41$; $DP= 13.60$). Os participantes responderam a uma bateria de avaliação constituída por questões sociodemográficas, Satisfação Sexual (Nova Escala de Satisfação Sexual - NSSS; Pechorro et al., 2015) e uma questão referente ao Interesse num protocolo de avaliação e posterior intervenção psicológica. As análises iniciais demonstram diferenças significativas entre os grupos avaliados. Indivíduos com lesão medular (LM) apresentaram os maiores défices na satisfação sexual, especialmente nos itens relacionados com a excitação e o orgasmo. Em contraste, indivíduos com traumatismo cranioencefálico (TCE) relataram dificuldades mais evidentes nos aspetos emocionais da função sexual, enquanto os indivíduos com AVC mantiveram níveis mais preservados de satisfação sexual. Esses resultados permitem concluir e reforçam a importância de considerar o tipo de condição médica e a idade ao abordar questões de satisfação sexual em doentes com condições graves.

Palavras-chave: “Saúde sexual”; “Sexualidade”; “Reabilitação”; “Lesão Medular”; “LM”; “Acidentes Vasculares Cerebrais”; “AVC”; “Traumatismos Cranioencefálicos”; “TCE”

ABSTRACT

Sexual health reflects the patient's subjective experience in relation to an acute disease episode, which differs among individuals and is influenced by behavioral, cognitive, emotional, and sociodemographic factors. The need to understand the limitations and suffering of individuals with physical health conditions that impact sexual health strongly motivates the evaluation of sexual satisfaction. This exploratory cross-sectional study aimed to evaluate sexual satisfaction and assess the interest in sexual health evaluation and intervention in a clinical population undergoing rehabilitation. A convenience sample of 110 individuals was studied, divided among four conditions (Stroke – 31.8% (n = 35); Spinal Cord Injury – 26.4% (n = 29); Traumatic Brain Injury – 20.9% (n = 23); and "Other" – 20.9% (n = 23)), with ages ranging from 21 to 91 years (M = 53.41; SD = 13.60). Participants responded to an assessment battery that included sociodemographic questions, sexual satisfaction (New Sexual Satisfaction Scale - NSSS; Pechorro et al., 2015), and a question about interest in a psychological assessment and intervention protocol. Initial analyses revealed significant differences between the evaluated groups. Individuals with spinal cord injury (SCI) showed the greatest deficits in sexual satisfaction, particularly in items related to excitement and orgasm. In contrast, individuals with traumatic brain injury (TBI) reported more evident difficulties in the emotional aspects of sexual function, while stroke patients maintained more preserved levels of sexual satisfaction. These findings highlight the importance of considering the type of medical condition and age when addressing sexual satisfaction issues in patients with severe conditions.

Keywords: “Sexual health”; "Sexuality"; "Rehabilitation"; “Spinal Injury”; “LM”; “Cerebral Vascular Accidents”; “stroke”; “Cranioencephalic Injuries”; “TCE”

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs).....	3
1.1.1. Prevalência.....	6
1.1.2. Impacto na saúde e na qualidade de vida.....	7
1.1.3. Impacto do Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Sexualidade.....	10
1.2. Traumatismos Cranioencefálicos (TCEs).....	13
1.2.1. Prevalência.....	14
1.2.2. Impacto na saúde e na qualidade de vida.....	15
1.2.3. Impacto do Traumatismo Crânio encefálico (TCE) na Sexualidade	17
1.3. Lesões Medulares (LMs).....	18
1.3.1. Prevalência.....	21
1.3.2. Impacto na saúde e na qualidade de vida.....	22
1.3.3. Impacto da Lesão Medular (LM) na Sexualidade	23
1.4. Saúde sexual, sexualidade e reabilitação	26
1.4.1. Reabilitação e modelos teóricos	30
1.4.2. Avaliação de necessidades, planeamento e intervenção	33
2. DESENVOLVIMENTO.....	38
2.1. Satisfação Sexual em doentes com Acidente Vascular Cerebral, Lesão Medular e Traumatismo Cranioencefálico: Um estudo observacional transversal	38
2.2. Método.....	41
2.2.1. Participantes.....	41
2.2.2. Material.....	44
2.2.2.1. Questionário sociodemográfico	44
2.2.2.2. Instrumento	44

2.2.2.3. Procedimento	46
2.2. Resultados.....	48
2.3. Discussão.....	52
3. CONCLUSÕES	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	62
ANEXOS	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Alteração média anual projetada nas taxas de incidência, prevalência, morte e anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) entre 2018 a 2047	7
Figura 2 Taxa de prevalência de lesões medulares (LMs) num tempo e região específica após a padronização da idade (ASPR) em 2019	21
Figura 3 Articulação Deficiência – Incapacidade – Desvantagem.....	22
Figura 4 Modelo de reabilitação sexual pós-deficiência física	33
Figura 5 Representação gráfica das médias e desvio-padrões da amostra (N = 110), por todos os itens	51
Figura 6 Representação gráfica das médias e desvio-padrões da amostra (N = 110), por todos os itens e por motivos de internamento	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Fatores de Risco Não Modificáveis para AVCs	5
Tabela 2 Incidência inicial e recuperação de várias deficiências neurológicas.....	8
Tabela 3 Relação entre a localização da lesão e as disfunções sexuais.....	12
Tabela 4 Classificação de TCEs	13
Tabela 5 Distribuição da amostra de acordo com a sintomatologia apresentada após o TCE e sua gravidade.....	14
Tabela 6 Incidência e mortalidade dos TCEs em Portugal.....	15
Tabela 7 Potencial de funcionalidade esperado em lesões completas, segundo o nível neurológico e na condição funcional de paraplegia.....	19
Tabela 8 Potencial de funcionalidade esperado em lesões completas, segundo o nível neurológico e na condição funcional de tetraplegia	20
Tabela 9 Potencial para Resposta Sexual com Base na Lesão Medular.....	24
Tabela 10 Fase de avaliação (para a reabilitação)	34

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Definição atualizada de Direitos Sexuais.....	2
Quadro 2 Questões associadas ao modelo dos 5 Ps	29
Quadro 3 Exemplos de questões e abordagens em cada nível	32
Quadro 4 Detalhes das outras doenças dos participantes (N = 23)	42
Quadro 5 Descrição da amostra por grupos	43
Quadro 6 Descrição dos itens da NSSS por dimensão.....	45
Quadro 7 Médias e Desvios-Padrão das diferentes escalas por grupos, sexo e total	49
Quadro 8 Tabela de contingência que cruza disponibilidade para intervenção psicológica com doença. Sexo e escolaridade	50

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Questionário Saúde Sexual em contexto de Reabilitação.....	69
--	-----------

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANCOVA	Análise de Covariância
AVCs	Acidentes Vasculares Cerebrais
CRN	Centro de Reabilitação do Norte
DALYs	Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
DM	Diabetes Mellitus
DP	Desvio Padrão
EMM	Equações de Modelo Misto
Ex-PLISSIT	Permissão, Informações Limitadas, Sugestões Específicas e Cuidados Intensivos Expandido (do inglês Extended Permission, Limited Information, Specific Suggestions, and Intensive Care)
GCS	Escala de Coma de Glasgow
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
HTA	Hipertensão Arterial
kg	Quilograma
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
LM	Lesões Medulares
N	Número
NINDS	Instituto Nacional de Doenças Neurológicas e Enfartes (do inglês National Institute of Neurological Disorders and Stroke)
NSSS	Nova Escala de Satisfação Sexual
OMS	Organização Mundial de Saúde
p	Média
PLISSIT	Permissão, Informações Limitadas, Sugestões Específicas e Cuidados Intensivos (do inglês Permission, Limited Information, Specific Suggestions, and Intensive Care)

SPSS Pacote Estatístico para Ciências Sociais (do inglês Statistical Package for Social Sciences)

TCEs Traumatismos Cranioencefálicos

VIH Vírus da Imunodeficiência Humana

WAS Associação Mundial de Sexologia (do inglês World Association for Sexology)

1. INTRODUÇÃO

A sexualidade e a saúde sexual são eixos fundamentais para o bem-estar físico, emocional e social dos indivíduos. Estas envolvem conhecimento sobre anatomia e funcionalidade, identidade sexual, orientação sexual, saúde reprodutiva, fertilidade, violência sexual, entre outros tópicos (Savoy et al., 2020).

A World Association for Sexual Health, em alinhamento com a World Health Organization (WHO, 2006), emitiu a Declaração dos Direitos Sexuais, que aponta o direito do Homem à liberdade de expressão sexual, à autonomia sexual, à integridade sexual e à segurança física, à privacidade sexual, à igualdade sexual, ao prazer sexual, à expressão sexual com emoções, à união sexual, à tomada de decisões no que concerne à reprodução e contraceção, à informação científica, à educação sexual e à saúde sexual (WAS, 1999; 2014).

Segundo a World Health Organization (WHO) “A saúde sexual é um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras livres de coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos.” (WHO, 2002, 2006; 2010).

Ainda de acordo com a mesma fonte “A sexualidade como aspeto central de ser humano abrange o sexo, as identidades e os papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. A sexualidade é experimentada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem todas elas são sempre experientes ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação dos factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, culturais, culturais, jurídicos, históricos, históricos, religiosos, religiosos e espirituais.” (WHO, 2002, 2006; 2010).

A definição atualmente utilizada pela OMS para os direitos sexuais encontra-se no Quadro 1 (Ford et al., 2022).

Quadro 1

Definição atualizada de Direitos Sexuais.

DIREITOS SEXUAIS

É amplamente aceite que a saúde sexual não pode ser alcançada e preservada sem a garantia e o respeito de determinados direitos humanos. A definição de trabalho de direitos sexuais apresentada abaixo é uma contribuição para o diálogo contínuo acerca dos direitos humanos vinculados à saúde sexual.

- direito à igualdade e à não discriminação
- direito a estar protegido de tortura, tratamento ou punição cruel, desumanos ou degradantes
- o direito à privacidade
- direito ao padrão de saúde mais elevado atingível (incluindo saúde sexual) e à segurança social
- direito de casar e formar família, com livre consentimento de ambos os cônjuges, e à igualdade no casamento e na sua dissolução
- o direito de decidir o número e o espaçamento dos filhos
- o direito à informação e à educação
- o direito à liberdade de opinião e expressão, e
- o direito a um recurso eficaz em caso violações de direitos fundamentais

O exercício responsável dos direitos humanos implica que todas as pessoas respeitem os direitos dos outros. A aplicação dos direitos humanos existentes à sexualidade e saúde sexual constituem direitos sexuais. Os direitos sexuais protegem os direitos de todas as pessoas de viverem e expressarem a sua sexualidade e desfrutarem de saúde sexual, respeitando os direitos dos outros e com proteção contra discriminação.

Adaptado de “The World Association for Sexual Health's Declaration on Sexual Pleasure: A Technical Guide” Ford et al., 2022, *International journal of sexual health*, 33(4), 612–642. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.2023718>. Copyright 2022 dos autores

A saúde sexual e a sexualidade são componentes importantes do bem-estar e da qualidade de vida. Com frequência há indivíduos acometidos por condições médicas graves como acidentes vasculares cerebrais (AVCs), traumatismos cranioencefálicos (TCEs) e lesões medulares (LMs). Diversos estudos apontam que os profissionais de saúde exercem um papel fulcral a suprir opções alternativas e reeducação para pessoas que vivem essas condições de saúde alterada. (Esmail, et al., 2001). A sexualidade é um tema assíduo e recorrente, na realidade contextual dos doentes pós-AVC, com impactos significativos na saúde sexual em ambos os sexos (Antunes et al., 2022; Pereira et al., 2017). A reabilitação da função sexual após um AVC, com impacto no doente e no seu parceiro (Antunes et al., 2022). É um desafio multidisciplinar e multidimensional.

1.1. Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs)

O AVC é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) como uma ocorrência de comprometimento neurológico súbita cuja origem se assume vascular e a sintomatologia dura mais do que 24 horas ou leva a morte. Importa considerar que esta definição tem algumas limitações que impactam a prevenção e intervenção, nomeadamente as referidas por Harwood et al. (2023):

- Os sinais de AVC podem dever-se a outras causas (mimetizadores clínicos);
- O défice neurológico evolui nas primeiras 24 horas em 25% dos casos, sendo comum evidenciar-se deterioração adicional na primeira semana;
- Condições comórbidas (especialmente em indivíduos idosos) dificultam o diagnóstico e a atuação;
- A ocorrência de AVC, por si só, não permite identificar a patologia subjacente, sendo necessário um levantamento minucioso sobre o tipo de AVC e a sua manifestação para elucidar sobre as causas, opções de tratamento, prognóstico e risco de recorrência;
- Em AVCs agudos, caso se mobilizem terapias de reperfusão, as mesmas devem realizar-se nas 4,5 horas após o início do episódio;
- Algumas manifestações inespecíficas (confusão, quedas, incontinência, etc) podem dever-se a doença vascular cerebral ou a outras condições (p. ex., demência vascular);
- A hemorragia subaracnoide pode integrar-se na definição de AVC, mas manifesta-se e é abordada de forma diferente.

Os AVCs consistem, assim, em lesões cerebrais decorrentes da interrupção do fluxo sanguíneo, o que pode ser identificado por via de métodos de imagem.

Segundo Sacco et al. (2013) “O enfarte cerebral e o AVC isquémico compreendem o cérebro, a medula espinal ou a morte celular da retina com base em:

- a) imagiologia ou outra evidência de lesão isquémica numa distribuição vascular definida ou
- b) sintomas neurológicos apropriados persistindo ≥ 24 horas ou até à morte, sem explicação alternativa.”

“O ‘AVC isquêmico’ implica sintomas neurológicos persistentes. O ‘enfarte silencioso’ implica a ausência de sinais neurológicos detetáveis.” (Sacco et al., 2013).

“A hemorragia intracerebral é uma coleção focal de sangue dentro do parênquima cerebral ou do sistema ventricular, não causada por trauma, mas incluindo a hemorragia após o enfarte cerebral.

A hemorragia subaracnoídea está a hemorragia no espaço subaracnoídeo (entre o aracnóide e a pia mater do cérebro ou da medula espinal).” (Sacco et al., 2013).

O AVC devido à hemorragia intracerebral ou subaracnoídea implica um rápido desenvolvimento de disfunção neurológica.

A trombose venosa cerebral pode causar enfarte ou hemorragia no cérebro, medula espinal ou retina devido à trombose de uma estrutura venosa cerebral.” (Sacco et al., 2013).

Existem dois tipos de AVCs: isquêmicos e hemorrágicos. Dados da Associação Americana do Coração apontam que 87% dos AVCs são classificados como isquêmicos, resultando, portanto, de uma interrupção ou diminuição do fluxo de sangue numa área do cérebro, tipicamente associada ao bloqueio de uma artéria. Os AVCs hemorrágicos derivam de um sangramento no cérebro com efeitos diretos no tecido cerebral, pelo que representam mais riscos para a saúde os indivíduos quer ao nível da morbidade quer da mortalidade (Gomes et al., 2013).

A ocorrência de AVCs está associada a uma miríade de fatores, como a idade, o género, a genética, etc. A Tabela 1 sistematiza informação relevante a ter em conta sobre esses mesmos fatores, nomeadamente para atuar quer na prevenção quer na intervenção junto da população afetada.

Tabela 1*Fatores de Risco Não Modificáveis para AVCs.*

Idade	<p>Ao considerar os factores de risco revistos na literatura, a idade emerge como o mais significativo para o desenvolvimento do AVC. No entanto, Araújo et al. (2009), salientam que este factor não deve ser entendido como uma consequência inevitável do envelhecimento.</p> <p>Segundo um estudo em Primary Prevention of Ischemic Stroke, indivíduos nascidos com peso abaixo de 2,5 kg apresetam um risco de AVC antes dos 50 anos que é o dobro em comparação àquelas com peso normal à nascença (Araújo et al, 2009; Goldstein et al., 2006).</p>
Género	<p>A taxa de incidência de AVC é maior nos homens do que nas mulheres quando comparados na mesma faixa etária (Correia et al, 2004).</p> <p>Nas mulheres está associado um aumento da taxa de AVC à Diabetes Mellitus (DM), em mulheres como enxaqueca, hipertensão, dislipidemia e o uso de contraceptivos orais implica um risco de AVC aumentado em 6 vezes (Nitrini & Bacheschi, 2015).</p> <p>A gravidez, o parto e a menopausa de acordo com o National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS, 2010), aumentam o risco de AVC nas mulheres devido às alterações hormonais.</p>
Hereditariedade	<p>Está também associada a um maior risco de AVC a hereditariedade. Goldstein et al. (2006) e Hankey (2006).</p>
Hipertensão Arterial (Hta)	<p>A hipertensão arterial (HTA) aumenta em 3 a 4 vezes o risco de AVC podendo ser considerada como responsável de metade de todos os casos (Araújo et al.,2009).</p>
Tabagismo	<p>No que diz respeito ao tabagismo, este amplia em cerca de 2 a 4 vezes a probabilidade de ter um AVC, ao ponto de ser descrito que 2/3 anos após a cessação do consumo de tabaco, as possibilidades são semelhantes às de um não-fumador (Pires et al., 2004).</p>
Hipercolesterolemia	<p>O colesterol está também relacionado com o risco de AVC isquémico, uma vez que contribui directamente para o desenvolvimento da aterosclerose.</p> <p>Para o desenvolvimento de doença carotídea aterosclerótica, Tannouri (2006), destaca como factores de risco: a idade, sexo, hipertensão arterial sistémica, dislipidemia, diabetes mellitus, tabagismo, história familiar de AVC, doença cardíaca, doença vascular periférica e doença renal.</p>
Patologia Cardíaca	<p>O ritmo cardíaco irregular, é considerado como sendo um enorme factor de risco de AVC por várias razões: a incidência (responsável por cerca de 1/4 dos AVC's em doentes com mais 80 anos), a gravidade (enfartes maiores e incapacitantes), a</p>

	recidiva e a mortalidade, (Goldstein et al., 2006).
Diabetes Mellitus	Os doentes diabéticos têm uma maior propensão à aterosclerose e uma maior prevalência de factores de risco aterogénicos como HTA (que ronda os 60%) e dislipidemia (Goldstein et al., 2006).
Álcool	O excesso que álcool configura um factor de risco para os diferentes tipos de AVC, faltam estudos que provem o benefício de indicar o consumo em comparação com os que não o fazem (Araújo et al, 2009; Elkind & Cole, 2006). Num estudo relativo ao consumo de álcool: Moderate alcohol consumption reduces risk of ischemic Stroke (Elkind et al, 2006), os referidos autores, consideram que, em quantidade moderada (definido como 1 bebida para mulheres e 2 para homens) tem um efeito protector devido às propriedades antioxidantes do resveratrol que pode ser encontrado nas sementes da uva e nas películas da uva preta, considerando-se o efeito protector mais para vinho do que para cerveja.
Obesidade	A obesidade, além de estar associada a um maior risco de AVC, tem correlação com outros factores de risco, tal com HTA e DM potenciando sob a forma de sinergia a probabilidade de AVC. Por outro lado, a dieta pode influenciar o risco, sobretudo porque pode ser responsável pelo controle de alguns factores tais como HTA, DM, dislipidemia e obesidade.
Sedentarismo	A falta de exercício físico é amplamente considerada um factor de risco adicional para o desenvolvimento de AVC, sendo recomendável evitar o sedentarismo.

Adaptado de “Determinantes da capacidade funcional do doente após acidente vascular cerebral” Coelho, R. M. A., 2010, Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/1669>. Copyright 2010 do autor

1.1.1. Prevalência

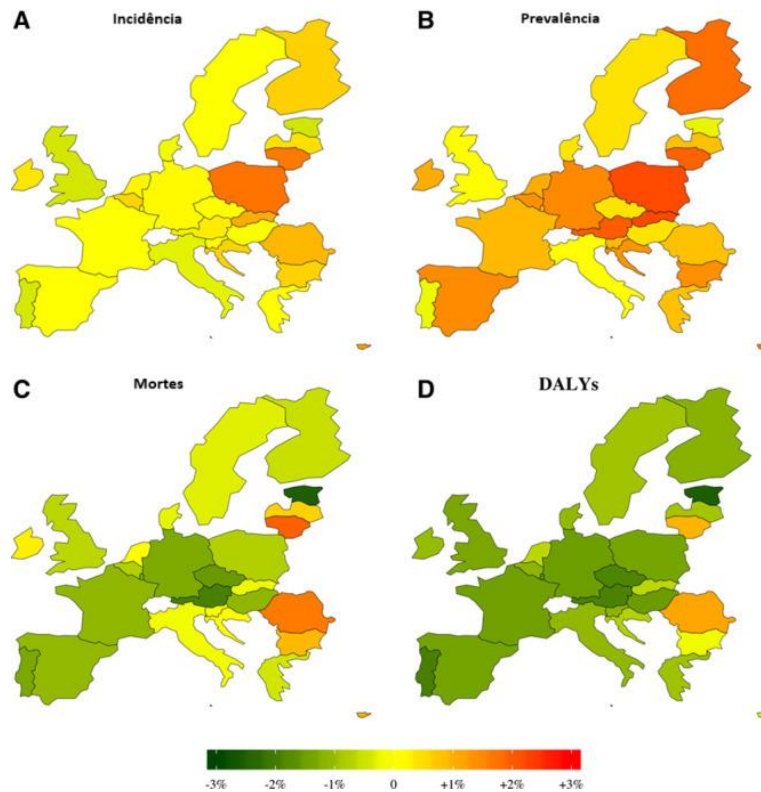
Os AVCs são atualmente a segunda principal causa de morte em todo o mundo e uma das maiores de incapacidade. As doenças cardíacas isquémicas e o AVC foram responsáveis por cerca de 15,2 milhões de mortes em 2015. De acordo com o referido anteriormente, e ainda que os AVCs isquémicos representem a larga maioria das ocorrências de AVCs, a morbidade, mortalidade e incapacidade gerada por este tipo de acidentes é significativamente associada a episódios hemorrágicos. Os países de rendimentos baixos e médios apresentam uma taxa de mortalidade de 80% associada aos AVCs hemorrágicos (Katan & Luft, 2018).

Na União Europeia, os AVCs afetaram cerca de 1.12 milhões de habitantes em 2017, causando 440.000 mortes. Estima-se que em 2047, ainda que a população europeia se mantenha em termos de dimensão, o número de casos suba por 40.000. Tal deve-se,

sobretudo, ao paradigma sociodemográfico crescentemente envelhecido (Wafa et al., 2020).

Figura 1

Alteração média anual projetada nas taxas de incidência, prevalência, morte e anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) entre 2018 a 2047.



Adaptado de “Burden of stroke in Europe: thirty-year projections of incidence, prevalence, deaths, and disability-adjusted life years” Wafa et al., 2020, *Stroke*, 51(8), 2418-2427. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.029606>. Copyright 2020 dos autores.

Portugal é o país que se projeta que terá as maiores reduções em incidência (-1.57%) e prevalência (-1.3%), estando tal associado a melhorias nos sistemas de saúde, na prevenção e deteção e no diagnóstico clínico. Esta variação pode dever-se, também, a minimização de fatores de risco. Por exemplo, Portugal alcançou uma das maiores descidas nas taxas de fumadores entre 1990 e 2014. Sendo o tabagismo um fator de risco para o desenvolvimento de AVCs, este é um dos aspetos que justificam as estimativas supramencionadas (Wafa et al., 2020).

1.1.2. Impacto na saúde e na qualidade de vida

O impacto dos AVCs na saúde e qualidade de vida dos indivíduos é significativo e tende a manter-se ao longo do tempo. Cerca de 40% dos sobreviventes recebem alta hospitalar com a reconhecida necessidade de serem apoiados nas suas atividades quotidianas. A maioria da recuperação possível ocorre nos primeiros 3 a 6 meses após o AVC, sendo que nesta fase 40 a 50% apresentam hemiparesia, 25% têm défice cognitivo, 20% tem hemianopia, afasia ou défices sensoriais e 30% são incapazes de andar sem assistência (Harwood et al., 2023).

Tabela 2

Incidência inicial e recuperação de várias deficiências neurológicas.

Comprometimento	Incidência inicial	Recuperação
Função motora de braços e pernas	75%	80% mostram alguma recuperação. 80% atingem a recuperação máxima em 3 semanas, 95% em 9 semanas. Pouca melhoria após 3 meses, mas alguns indivíduos melhoram até um ano. A flacidez e a fraqueza grave inicial têm um maior prognóstico.
Hemianopia	25%	Recuperação, a existir, ocorre nos primeiros 10 dias. 80% das hemianopias completas e 30% das perdas parciais de campo persistem (50% e 10%, respetivamente, respetivamente).
Desatenção visual e sensorial	20% cada	Metade recuperam.
Perda sensorial	30%	Isto é variável e a recuperação é difícil de prever. Os défices ligeiros melhoram mais rapidamente e mais completamente do que os défices graves.
Afasia	25%	A probabilidade de recuperação completa é maior para os doentes com afasia menos grave no início. Pequena recuperação após 10 semanas.

		<p>Nos casos de afasia grave, esta permanece em 50% dos sobreviventes de forma moderada ou severa.</p> <p>Nos casos de afasia moderada, 15% dos sobreviventes não persistem melhor nem pior.</p> <p>Nos casos de afasia ligeira, 9% têm problemas persistentes.</p>
Disartria	25%	<p>Geralmente recuperam.</p>
Disfagia	50%	<p>Metade recuperam em 2 semanas, a maior parte do resto em 6 semanas, mas a mortalidade é elevada. A sobrevivência a longo prazo com um tubo de alimentação é de cerca de 1%.</p>
Cognição	25%	<p>A prevalência inicial difícil de estimar devido à sonolência ou à afasia. A recuperação é variável; alguns podem ocorrer durante 6 a 12 meses, a maioria é estável, havendo alguns que sofrem deterioração. 20% têm problemas persistentes.</p>
Incontinência urinária	50%	<p>Um terço dos doentes inicialmente incontinentes recuperam em 4 semanas. 20% dos sobreviventes de 6 meses são incontinentes.</p>
Incontinência fecal	30%	<p>10% dos sobreviventes são incontinentes após 6 meses.</p>
Andar	60%	<p>64% dos sobreviventes ficam independentes, 14% andam com assistência, 22% continuam a ser incapazes de caminhar após 6 meses. Uma recuperação adicional é possível entre os 6 e os 12 meses.</p>

Adaptado de “Stroke Care: A Practical Manual” Harwood et al., 2023, Oxford: Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/med/9780198796565.001.0001>. Copyright 2023 dos autores

Considerando a saúde e a qualidade de vida como interdependentes com a funcionalidade e a independência do indivíduo sobrevivente, é relevante ter em conta que 50% dos indivíduos que tiveram AVCs são capazes de realizar autonomamente as suas atividades diárias após 6 meses do episódio. Esta percentagem sobe 10% após 1 ano, contudo, tal associa-se mais ao facto de quem sofreu lesões significativas ter morrido do que a efetivas recuperações (Harwood et al., 2023).

A reabilitação dos sobreviventes deve considerar três dimensões chave: mobilidade, continência e comportamento. Neste âmbito, importa procurar recuperar perdas/disfunções, agilizar a funcionalidade do indivíduo apesar delas e promover um ambiente físico e social indutor de estímulos à recuperação (Harwood et al., 2023).

1.1.3. Impacto do Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Sexualidade

O AVC, para além de ser uma das principais causas de incapacidade global, afeta também a vida sexual dos doentes acometidos por um episódio. Alguns estudos apontam que até 60% dos sobreviventes de AVC relatam alguma forma de disfunção sexual, como dificuldades em atingir e/ou manter uma ereção, diminuição da libido e disfunções relacionadas com o orgasmo (Korpelainen et al., 2014).

Nos homens, com frequência, há relatos de diminuição da atividade sexual, do desejo, dificuldades de ereção e problemas de ejaculação. Nas mulheres, é comum uma redução no desejo sexual e também dificuldades em atingir o orgasmo. Em alguns casos, menos frequentes, pode surgir hipersexualidade, que se caracteriza por um aumento exponencial do desejo sexual (Portugal AVC, 2024). A hipersexualidade é uma questão mais desafiadora. De fato, em alguns casos, a hipersexualidade pode estar associada a comportamento sexual desviante e outros comportamentos sociais inadequados. A presença de hipersexualidade, com aumento da libido e frequência de coito, bem como desvios sexuais, tem vindo a ser correlacionada com lesões de estruturas límbicas, em especial nos lobos temporais (Contrada et al, 2023).

Curiosamente, as alterações de funcionamento da sexualidade, podem surgir mesmo em indivíduos que não exibam sequelas físicas, aparentemente, significativas. A sexualidade, é uma questão fundamental para a qualidade de vida tanto dos sobreviventes de AVC como dos seus parceiros (Portugal AVC, 2024).

Entre as causas da disfunção sexual estão os efeitos adversos de alguma da medicação (como beta-bloqueadores, diuréticos e antidepressivos), bem como outras condições de saúde tais como hipertensão, diabetes e obesidade (Portugal AVC, 2024).

Fatores psicológicos, como depressão, medo de um novo AVC ou baixa autoestima, são fatores que também podem contribuir. Além disso, mudanças nos papéis sociais e as dificuldades de comunicação, especialmente em indivíduos com afasia, podem destabilizar a relação com o parceiro, causando solidão e até mesmo isolamento (Contrada et al, 2023; Portugal AVC, 2024).

Questões psicológicas desempenham um papel significativo no desenvolvimento da disfunção sexual, como depressão e ansiedade contribuem para a diminuição do desejo sexual. O impacto tanto pode ser a nível físico, bem como, a nível emocional, sendo que alterações neurológicas no cérebro afetam diretamente os mecanismos de excitação e a resposta sexual, como pode ser consultado na Tabela 3 (Contrada et al, 2023; Grenier-Genest et al., 2017). As pesquisas e resultados existentes sugerem a existência de associações significativas entre o AVC e a disfunção sexual masculina e feminina, bem como no desejo/libido e na satisfação sexual. A contribuição exata do perfil neurológico dos pacientes (lateralidade, localização e gravidade do AVC) na disfunção sexual permanece inconclusiva, com estudos facultando resultados diversos e mistos (Grenier-Genest et al., 2017).

Tabela 3*Relação entre a localização da lesão e as disfunções sexuais.*

Lesões Cerebrais	Disfunção Sexual
Córtex frontal medial	Disfunção erétil, hipossexualidade
Córtex temporal	Hipersexualidade
Lobo parietal	Alteração da excitação cognitiva (negligência)
• Direito	
• Esquerdo inferior	Alteração da excitação cognitiva (redução da consciência sensorial)
Córtex cingulado anterior	Disfunção erétil
Ínsula e Claustro	Alteração da excitação motivacional Disfunção erétil
Amígdala	Anedonia, alteração da excitação autonômica Danos bilaterais podem levar à hipersexualidade (por exemplo, síndrome de Kluver-Bucy)
Hipotálamo	Disfunção erétil Distúrbios ejaculatórios (às vezes)
Tálamo	Disfunção erétil
Núcleo accumbens	Alteração da excitação motivacional
Gânglios da base esquerdos	Diminuição da libido
Tegmento mesencefálico	Anedonia
Cerebelo	Despertar autonômico alterado Distúrbios ejaculatórios Anedonia Excitação emocional alterada Distúrbios ejaculatórios (lesão esquerda)

Adaptado de “Talking about Sexuality in Stroke Individuals: The New Era of Sexual Rehabilitation.” Contrada et al., 2023, *Journal of clinical medicine*, 12(12), 3988. <https://doi.org/10.3390/jcm12123988>. Copyright 2023 dos autores

O tratamento não deve envolver apenas a reabilitação física, mas também deve envolver o aconselhamento psicoemocional, psicossocial, envolvendo o doente em reabilitação e o respetivo parceiro(a), para que possam redescobrir a intimidade de maneira a existir uma adaptação à nova condição de saúde (Contrada et al, 2023). Estratégias como terapia sexual, o uso de medicação, comunicação aberta sobre os desejos, medos e novos desafios no relacionamento são fundamentais.

A reabilitação sexual necessita de ser parte integrante do processo de reabilitação dos doentes com AVC, preferencialmente a nível interdisciplinar e holístico.

1.2. Traumatismos Cranioencefálicos (TCEs)

Os Traumatismos Cranioencefálicos (TCEs) são gerados por forças mecânicas externas ao cérebro cujo impacto está associado a alteração do estado de consciência e comprometimento cognitivo, físico e/ou psicossocial (Dawodu, 2021). Estes apresentam significativa heterogeneidade no que remete à etiologia, forma de lesão, patologia, severidade e intervenção.

Os TCEs são compreendidos como decorrentes de uma lesão cerebral primária, associada ao momento exato do trauma/impacto inicial, e uma lesão cerebral secundária, em que existe deterioração de estruturas originalmente intactas (Raposo & Magalhães, 2023).

Tabela 4

Classificação de TCEs.

Primária	Secundária
Lesão no couro cabeludo	
Fratura no crânio	
Contusões/lacerações na superfície	Hipóxia-isquemia
Hematoma intracranial	Inchaço/Edema
Lesão axonal difusa	Elevada pressão intracraniana e alterações vasculares associadas
Lesão vascular difusa	Meningite/Abscesso
Lesão aos nervos cranianos e caule hipofisário	

Adaptado de “Textbook of traumatic brain injury” Silver et al., 2018, New York: American Psychiatric Pub. Copyright 2018 dos autores

A aplicação da Escala de Coma de Glasgow (GCS) possibilita a classificação dos TCEs em ligeiros (13-15 pontos), moderados (9-12 pontos), ou graves (3-8 pontos) (Coimbra, 2021).

Raposo e Magalhães (2023) identificaram a etiologia dos TCEs como relativas a quedas da própria altura em 56% dos casos, quedas em altura em 18%, acidentes de viação em 16%, ação de objetos contundentes em 6% e agressão em 4%. No que refere aos fatores de risco, identificam a idade (superior a 65 anos; 59%), as coagulopatias e/ou terapêutica

anticoagulante/antiagregantes (19%), mecanismos de ação violentos (14%), alcoolismo (5%), epilepsia (3%) e tratamento neurocognitivo prévio (<1%).

Tabela 5

Distribuição da amostra de acordo com a sintomatologia apresentada após o TCE e sua gravidade.

SINTOMATOLOGIA	%
Perda de consciência	32
Convulsões	1.5
Sinais neurológicos focais	9
Cefaleias	29
Vômitos	23
Amnésia retrógrada >30 min	4
Sinais de fratura base crânio	1.5
GRAVIDADE	%
Ligeiro/Leve	98
Moderado	1
Grave	1

Adaptado de “Perfil da pessoa vítima de traumatismo cranioencefálico atendido num serviço de urgência da região norte de Portugal” S. Raposo & C. P. Magalhães, 2023, Revista Servir, 2, 1-15. <https://doi.org/10.48492/servir0206.31335>. Copyright 2023 dos autores

1.2.1. Prevalência

Na Europa, entre 1980 e 2003, a incidência média de TCEs foi de 235 casos por 100.000 habitantes anualmente. Já entre 1990 e 2014 encontraram-se dados que apontam uma média de 326 casos por 100.000 habitantes anualmente e 16 países europeus. Os TCEs afetam todos os grupos etários, com especial incidência nos jovens adolescentes e nos idosos, assim como nos homens (Santos & Agrela, 2019).

Tabela 6*Incidência e mortalidade dos TCEs em Portugal.*

	Incidência	Mortalidade	Mortalidade 20-29 Anos	Mortalidade >80 Anos
1997	137/100.000	17/100.000	20/100.000	54/100.000
2011	62/100.000	9/100.000	7/100.000	38/100.000
2014	65/100.000	10/100.000	6/100.000	57/100.000

Adaptado de “Traumatic brain injury in Portugal: Progress in incidence and mortality.” M. E. Santos & N. Agrela, 2019, *Brain Injury*, 33(12), 1552–1555. <https://doi.org/10.1080/02699052.2019.1658227>. Copyright 2019 dos autores

Ainda que a maioria dos indicadores evidencie melhorias, os TCEs continuam a representar um sério problema de saúde pública, com especial impacto entre os idosos, levando frequentemente à morte. Neste grupo etário, 91/100.000 homens e 38/100.000 mulheres morrem anualmente (Santos & Agrela, 2019).

Importa referir que as causas dos mesmos têm vindo a mudar, deixando a mais representativa de ser os acidentes com veículos e passando agora a ser as quedas (Santos & Agrela, 2019).

1.2.2. Impacto na saúde e na qualidade de vida

Os indivíduos que experienciam um TCE podem apresentar limitações múltiplas nas dimensões médica, física e cognitiva, sendo as de cariz psicossocial e psicológico as mais comuns e associadas a incapacidade. Os indivíduos tendem a evidenciar dificuldades no relacionamento interpessoal, com a família, no trabalho, e/ou na escola, e nas atividades recreativas (Silver et al., 2018). Podem experimentar adversidades próprias em relação à sua saúde sexual, que podem compreender alterações no desejo sexual, disfunções eréteis e alterações na resposta sexual (Garrett, 2012). A complexidade das alterações das condições da saúde sexual e suas consequências na vida sexual dos doentes importam uma abordagem clínica eclética e abrangente.

Mais de 90% dos TCEs são moderados, sendo que 50% destes não recuperam os níveis prévios de saúde 6 meses após a lesão. Os resultados de saúde são piores nas mulheres (Maas et al., 2022). Além disto, o progresso das melhorias de saúde estagna após os 6 meses (Stocchetti & Zanier, 2016).

Stocchetti e Zanier (2016) referem-se aos resultados dos TCEs como uma “polipatologia”

caracterizada por heterogeneidade de efeitos e severidade, sendo as principais afetações ao nível da degradação da matéria branca, perda neuronal, erros no dobramento proteico e neuro inflamação persistente. Não obstante os impactos diretos dos TCEs, importa considerar que os acidentes que os geram tendem a ter impactos adicionais com impacto na funcionalidade do indivíduo, como lesões faciais, danos oculares, lesões dos membros ou amputações, fraturas pélvicas, entre outras. Quando consideramos os resultados dos TCEs em termos de saúde e qualidade de vida, estas concomitâncias desempenham um papel relevante e prejudicial na sua associação com os efeitos diretos dos TCEs.

Alguns estudos apontam ainda que os TCEs potencial o desenvolvimento de condições crónicas e persistentes, com deterioração significativa vários anos após o episódio. Cerca de 25% dos casos demonstram degradação entre 7 a 13 anos após (Stocchetti & Zanier, 2016).

Segundo Stocchetti e Zanier (2016), analisando as consequências dos TCEs a longo prazo, evidencia-se que:

- O excesso de mortalidade é, em média, 2.2 vezes superior a pessoas que não sofreram TCEs (quando moderados ou severos). A redução da esperança média de vida é de 6,6 anos, associando-se nos mais jovens a comportamentos de risco (impulsividade, suicídio, acidentes ferroviários, etc) e nos mais velhos a condições médicas (pneumonia, sepsis, doenças neurodegenerativas, etc);
- O estado vegetativo ou de quase inconsciência tende a ser transitório, contudo, se persistir após um ano da lesão, é considerado persistente. Neste caso, o risco de erro de diagnóstico é ainda alto, pelo que o mesmo deve ser apoiado em meios complementares de diagnóstico;
- Défices motores e sensoriais podem persistir como resultado de danos às estruturas do sistema nervoso, estando estes associados a reduzida funcionalidade;
- Os TCEs são discutidos como um fator de risco para o desenvolvimento de demência, especialmente nos casos severos. Nos casos moderados, esta relação é estabelecida em faixas etárias avançadas (igual ou superior a 65 anos);
- A disfunção crónica hormonal ocorre em 35% dos indivíduos com TCEs moderados ou graves, especialmente no que concerne à hormona do crescimento, à gonadotropina, ao cortisol e à tiroide;

- Os défices cognitivos ao nível da atenção, memória, processamento da informação e funcionamento executivo, demonstram variação ao longo do tempo, sendo que continuam a evidenciar-se mais de 10 anos depois;
- Os distúrbios psiquiátricos são frequentes (depressão, ansiedade e psicose, entre outras alterações comportamentais e de personalidade) no seguimento dos TCEs, sendo mais frequentes em fases iniciais.

Todos os efeitos mencionados geram défices de saúde e nas atividades interpessoais, sociais e de lazer dos indivíduos, dificultando a integração na sociedade e promovendo o isolamento.

1.2.3. Impacto do Traumatismo Crânio encefálico (TCE) na Sexualidade

No traumatismo crânio encefálico (TCE), muitos estudos foram conduzidos, numa revisão relativamente recente, Robert et al. (2019), demonstra que após traumatismo crânio encefálico (TCE), entre 6% e 83% dos doentes sentem algum tipo de disfunção sexual, incluindo diminuição da frequência sexual (47– 62%), diminuição da excitação e/ou desejo (24–86%), disfunção erétil (24–57%), dificuldades no orgasmo (29–40%) e comportamento sexual inapropriado (8–9%) (Robert et al., 2019).

O traumatismo crânio encefálico (TCE) pode causar mudanças emocionais e comportamentais, como impulsividade, depressão e alterações de humor, que afetam diretamente a intimidade e os relacionamentos (Fraser et al., 2020).

No estudo de Fraser et al. (2020), onde foram investigados os fatores que afetam a sexualidade após um traumatismo crânio encefálico (TCE), com especial foco na interação de fatores físicos, psicológicos e sociais. As disfunções sexuais físicas reveladas incluem diminuição do desejo sexual, dificuldades na manutenção da ereção e/ou lubrificação, e alterações com a excitação. Os participantes também relataram uma redução na frequência da atividade sexual após traumatismo crânio encefálico (TCE).

É conhecido que lesões no lobo frontal e, sobretudo, nas regiões pré-frontais têm um papel importante nas alterações das funções e no comportamento sexual e podem determinar e/ou influenciar os estados de diminuição ou aumento do desejo e/ou comportamento sexual (Rees et al., 2007; Sipski et al., 2001; 2002). As experiências pessoais e psicossociais passadas são pertinentes no entendimento clínico das perturbações sexuais

destes indivíduos (Bezeau et al. 2004).

No entanto, alguns autores destacam que os problemas físicos estão frequentemente e intimamente associados a fatores psicológicos, fatores como fadiga, depressão e baixa autoestima, o que agrava as dificuldades sexuais em geral (Fraser et al., 2020). O estudo de Fraser et al. (2020), mostrou que idade, depressão, e autoestima eram consideravelmente correlacionados com a função sexual. Os autores concluíram que fatores psicológicos desempenham um papel de grande peso na disfunção sexual.

No estudo de Sander et al. (2013), onde se investigaram os preditores da função e satisfação sexual em doentes com traumatismo crânio encefálico (TCE) após um ano de lesão. Descobriram que a depressão e a saúde emocional são preditores significativos de disfunção sexual, além de gravidade do próprio traumatismo crânio encefálico (TCE) e do apoio social. O estudo aponta também que fatores psicossociais podem desempenhar um papel mais relevante do que apenas lesões físicas tendo um impacto direto na função sexual (Sander et al., 2013).

A intervenção nas disfunções sexuais após o traumatismo crânio encefálico (TCE) deve ser multidisciplinar, envolvendo psicólogos, endocrinologistas e fisioterapeutas. A abordagem de intervenção pode incluir reposição hormonal, terapia sexual e intervenções psicossociais, com foco em restaurar a confiança e a comunicação do casal. Pois a saúde emocional tem um impacto significativo na função e na satisfação sexual (Sander et al., 2013).

1.3. Lesões Medulares (LMs)

As Lesões Medulares (LMs) ocorrem na coluna vertebral, impactando a medula espinal, podendo a sua causa ser ou não traumática. Considerando que a medula espinal conduz e regula funções fundamentais do corpo humano, estas lesões tendem a gerar efeitos na funcionalidade motora, sensitiva e autónoma do indivíduo (Lianza et al., 2001).

As Lesões Medulares (LMs) traumáticas resultam de ação mecânica externa, sendo que as não traumáticas decorrem de patologia. Assim sendo, as primeiras decorrem de causas como quedas, atropelamentos, acidentes e lesões perfurantes, e as segundas de condições degenerativas, neoplásicas, infecciosas, vasculares ou iatrogénicas (Moreira & Andrade, 2023).

Relativamente à funcionalidade associada às lesões medulares, esta pode ser de paraplegia ou tetraplegia. A extensão da lesão subdivide-se em completa (nos casos em que não há função motora ou sensorial abaixo da lesão) e incompleta (Oliveira, 2016). Na Tabela 7 apresenta-se o potencial esperado de funcionalidade mediante o nível da lesão paraplégica.

Tabela 7

Potencial de funcionalidade esperado em lesões completas, segundo o nível neurológico e na condição funcional de paraplegia.

Nível de lesão	Paraplegia
C8-D1	Capacidade respiratória limitada. As lesões na C-8 e D-1 apresentam características semelhantes, com maior força e precisão nos dedos, permitindo movimentos naturais das mãos, embora com algumas restrições. O indivíduo é capaz de realizar, de forma independente e sem ajuda técnica, actividades como a alimentação, banho, cuidados pessoais, higiene oral, vestir-se, cuidar da higiene da bexiga e do intestino e fazer transferências. Uso de cadeira de rodas manual.
D2-D6	Abaixo do nível D2 há função motora normal da cabeça, pescoço, ombros, braços, mãos e dedos, com maior controlo dos músculos torácicos, intercostais e do tronco. A pessoa pode ser totalmente independente em todas as actividades. Alguns indivíduos conseguem caminhar com movimentos pendular por distâncias curtas com recurso a dispositivos de apoio. Pode conduzir automóvel com controlo manual.
D7-D12	Capacidade aprimorada para tossir, com maior controlo do tronco e músculos abdominais. A pessoa é capaz de caminhar em posição pendular com auxílio de dispositivos de apoio e, caso tenha força suficiente nos membros e tronco superior, pode subir e descer escadas. Alguns indivíduos podem caminhar de forma limitada, mas exige um grande esforço e sobrecarga na parte superior do corpo, o que não oferece vantagem funcional, pois pode levar a lesões das articulações superiores. A pessoa é capaz de realizar actividades em posição sentada e sem apoio. Totalmente independente nas actividades diárias, podendo conduzir automóvel com controlo manual.
L1-L5	Pode ocorrer recuperação da função motora das ancas e joelhos. A pessoa é totalmente independente nas actividades de vida diária. Caminhar pode ser um objectivo funcional viável para as pessoas com lesão entre L1 e L5, com a ajuda de ortóteses longas (desde o tornozelo até às ancas); lesões mais baixa facilitam a recuperação da marcha com mais. Condução de automóvel com controlo manual.
S1-S5	Capacidade para recuperar a marcha com ou sem utensílios de apoio. Conforme o nível da lesão, são possíveis diferentes graus de recuperação do controlo voluntário da bexiga, intestino e da função sexual. Quanto mais baixa a lesão, melhor a recuperação das funções.

Adaptado de “Caracterização de Casos de Lesão Medular e a Sua Relação Com a Independência Funcional e Qualidade de Vida” M. I., Oliveira, 2016, Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/11951>. Copyright 2016 do autor.

Na Tabela 8 apresenta-se o potencial esperado de funcionalidade mediante o nível da lesão tetraplégica.

Tabela 8

Potencial de funcionalidade esperado em lesões completas, segundo o nível neurológico e na condição funcional de tetraplegia.

Nível De Lesão	Tetraplegia
C1-C3	Depende de ventilador para respirar. As pessoas com lesão ao nível C3 têm algum movimento da cabeça e pescoço. Preservadas as funções de mastigar, deglutir e soprar. A fala pode estar total ou gravemente limitada. A comunicação pode ser realizada através de ajudas técnicas, como um computador, que permitirá à pessoa fornecer instruções, guiando-os para as suas necessidades nas actividades diárias, como tomar banho, vestir-se, realizar transferências, ou cuidar da higiene da bexiga e do intestino. A pessoa pode locomover-se usando de cadeira de rodas eléctrica, controlada pela cabeça, boca ou queixo.
C3-C4	Pode inicialmente necessitar de ventilador, devido à capacidade respiratória reduzida, mas normalmente recupera a capacidade para respirar sem ajuda. Por norma tem controlo da cabeça e do pescoço. As pessoas com lesão em C4 mantem uma comunicação normal e podem encolher os ombros. Requerem ajuda nos cuidados pessoais, alimentação e transferências. Com o auxílio de adaptações na boca poderá ler e escrever, com independência limitada. Pode movimentar-se em cadeira de rodas eléctrica.
C5	Redução da função respiratória, capacidade de tosse comprometida. Detém controlo da cabeça, pescoço e ombros, consegue dobrar os cotovelos e girar a palma das mãos. Com recurso a produtos de apoio pode comer, beber, lavar a face e os dentes, pentear e barbear. Requer auxílio para fazer transferências. Apesar da pessoa poder ter força necessária para usar uma cadeira de rodas manual, por curtas distâncias e em superfícies uniformes, normalmente opta por cadeira de rodas eléctrica com controlo manual.
C6	Respiração com capacidade diminuída. Possui mobilidade da cabeça, pescoço, ombros, braços e pulsos, com capacidade de encolher os ombros, dobrar os cotovelos, rotacionar as palmas das mãos e flexionar o punho. Com produtos de apoio consegue ganhar alguma autonomia, comer com mais facilidade, preparar-se e vestir a parte superior do corpo. Para uma maior independência necessita de uma cadeira de rodas eléctrica. Algumas pessoas conseguem autonomamente fazer a higiene urinária e intestinal, aliviar a tensão nos glúteos, virar-se na cama e conduzir automóvel adaptado.
C7	Limitação na eficiência respiratória. Movimento análogo à lesão na C6, porém com maior potencial de extensão os cotovelos. Maior destreza para realizar algumas tarefas domésticas, para realizar transferências e atenuar a pressão nas glúteos, requerendo menos utensílios de apoio. É capaz de percorrer distâncias mais longas em superfícies lisas com a cadeira de rodas manual.

Adaptado de “Caracterização de Casos de Lesão Medular e a Sua Relação Com a Independência Funcional e Qualidade de Vida” M. I., Oliveira, 2016, Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/11951>. Copyright 2016 do autor.

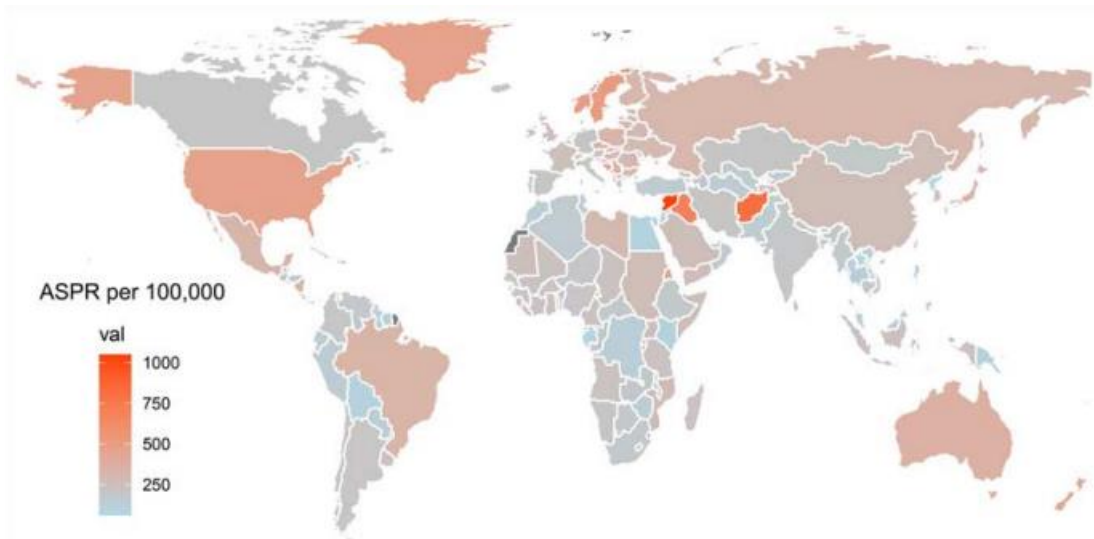
1.3.1. Prevalência

Globalmente, foram estimados em 0.9 milhões os casos de lesões medulares (LMs) em 2019 para ambos os sexos, com uma taxa de incidência de 12 por 100.000. O número de anos vividos com incapacidade foi projetado em 6.2 milhões. A principal causa de lesões medulares (LMs) são as quedas, seguindo-se os acidentes na estrada (Ding et al., 2022).

Na figura 2 apresenta-se as taxas de prevalência de lesões medulares (LMs).

Figura 2

Taxa de prevalência de lesões medulares (LMs) num tempo e região específica após a padronização da idade (ASPR) em 2019.



Adaptado de “Spinal Cord Injury: The Global Incidence, Prevalence, and Disability From the Global Burden of Disease Study 2019.” Ding et al., 2022, *Spine*, 47(21), 1532–1540. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000004417>. Copyright 2022 dos autores

Em Portugal, um estudo retrospectivo com indivíduos com Lesões Medulares (LMs) seguidos em consulta entre 2007 e 2017 traçam o perfil epidemiológico destes como maioritariamente homens (64,9%) com idade média nos 63,6 anos. As lesões localizavam-se ao nível cervical em 42,6% dos casos, lombar em 29% e dorsal em 28,4%. Cerca de 59% apresentavam Lesões Medulares (LMs) não traumáticas, das quais 61% eram degenerativas, 12% neoplásicas, 9% infecciosas, 6% vasculares e 1% iatrogénicas. No caso das lesões traumáticas (41%), estas deveram-se a queda (25%), acidentes de viação (12%), atropelamentos (3%), entre outros. Destaca-se o predomínio de lesões incompletas nos participantes com Lesões Medulares (LMs) não traumáticas, sendo que

a maioria das lesões completas se verificou a nível cervical (Moreira & Andrade, 2023).

Em termos etiológicos destaca-se um aumento das LMs provocadas por quedas especialmente nos séniores e uma diminuição das associadas a acidentes de viação nas faixas etárias mais jovens (Moreira & Andrade, 2023).

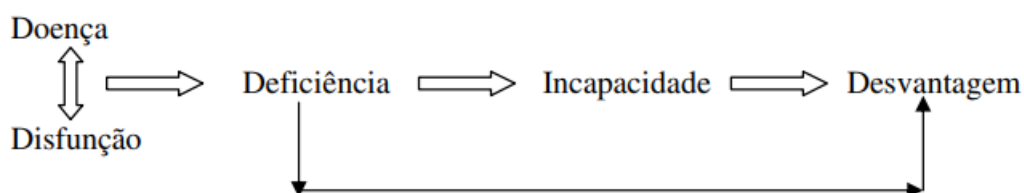
1.3.2. Impacto na saúde e na qualidade de vida

Os níveis de saúde, bem-estar e qualidade de vida em pessoas com Lesões Medulares (LMs) são globalmente baixos, segundo indicam estudos nacionais (Garrett, 2012) e internacionais (Bampi et al., 2008). Estes estudos apontam que quanto maior o comprometimento físico decorrente das lesões, menor a avaliação da qualidade de vida, o que está naturalmente associado à deficiência, incapacidade e desvantagem gerada (Bampi et al., 2008).

A desvantagem mencionada na figura 3 refere-se às dificuldades, desafios e barreiras experienciadas pelo indivíduo com Lesão Medular (LM) na vivência da sua vida (Dantas & Matos, 2002).

Figura 3

Articulação Deficiência – Incapacidade – Desvantagem.



Adaptado de “WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEP wise approach to stroke surveillance” OMS, 2006, Geneva: World Health Organization. Copyright 2006 do autor.

De acordo com o Guia Jurídico do Deficiente, define-se deficiente como o indivíduo “portador de qualquer restrição ou falha da capacidade, resultante de uma diminuição, para desempenhar uma atividade de um modo, ou segundo uma ordem considerada normal para um ser humano” (Dantas & Matos, 2002, p. 26.) Já a incapacidade é a “desvantagem para um dado ser humano resultante de uma diminuição ou de uma deficiência que limita ou impede a realização de uma qualquer tarefa, em função da idade, do sexo e dos fatores socioculturais, normal para um ser humano” (Dantas & Matos, 2002,

p. 27).

Os domínios da vida do indivíduo mais comprometidos pela relação acima variam, indicando os estudos que tanto a dimensão física, como a social e ambiental são amplamente afetadas. A primeira, diretamente pelo impacto da Lesão Medular (LM), e as restantes por impacto nefasto indireto, muito associado às limitações na integração social dos indivíduos (face ao preconceito, à ausência de comunidades de apoio, à incompreensão, etc), aos desafios na vivência da sexualidade, à impossibilidade de trabalhar em alguns casos e à diminuição dos recursos financeiros disponíveis. Fatores como a idade, o emprego e a hospitalização têm também impacto no bem-estar geral dos indivíduos com Lesão Medular (LM) (Bampi et al., 2008).

A lesão medular (LM) traduz-se em obstáculos significativos no bem-estar da vida em geral, perturba várias dimensões dos indivíduos, inclusive a mobilidade e a sexualidade (Garrett, 2012). Vários estudos apontam que doentes com Lesão Medular (LM) com muita frequência ficam fase a fase com incertezas e angústias sobre a própria sexualidade que passam por questões de ordem da função erétil, fertilidade e orgasmo (Garrett, 2012).

1.3.3. Impacto da Lesão Medular (LM) na Sexualidade

A Lesão Medular (LM) afeta diretamente as funções sexuais, 70-80% dos pacientes experienciam disfunções, como problemas de lubrificação vaginal nas mulheres e disfunção erétil nos homens (Alexander et al., 2017; Contrada et al, 2023). O nível e a extensão da lesão são os principais determinantes do funcionamento sexual que podem se consultados na Tabela 9 que mostra o Potencial para Resposta Sexual com Base na Lesão Medular (Hess & Hough, 2012). Além dos problemas físicos, a lesão causa um impacto significativo na saúde mental, que afeta a autoestima e os relacionamentos. O estudo de Barrett et al. (2023) reconheceu seis temas fundamentais: a internalização de estigmas sociais, diminuição da confiança sexual, dificuldades de comunicação, dinâmicas de relacionamentos alteradas, pouco suporte sexual e recomendações de intervenção. Apesar da lesão medular comprometer fisicamente os mecanismos fisiológicos das respostas sexuais, muitos doentes revelam que, com apoio adequado, é possível adaptar-se à nova realidade e manter uma vida sexual satisfatória (Barrett et al, 2023).

Tabela 9***Potencial para Resposta Sexual com Base na Lesão Medular***

Tipo de Lesão	Arousal Reflexo (ereção/lubrificação vaginal)	Arousal Psicogênico (ereção/lubrificação vaginal)	Orgasmo	Recomendações
Lesão completa de neurônio motor superior, acima de T11	Sim	Não	Sim	1. Estimulação genital 2. Estimulação de áreas erógenas sensíveis
Lesão completa de neurônio motor superior, abaixo de T11-L2, com preservação dos segmentos sacrais	Sim	Sim	Sim	1. Estimulação genital 2. Estimulação de áreas erógenas sensíveis 3. Uso de estímulos audiovisuais, táteis e imaginativos/fantasia
Lesão no cone medular (neurônio motor inferior) com perda de sensação/controle voluntário S4-S5, e reflexos mediados por S4-S5	Não	Sim	Sim	1. Uso de lubrificação assistida (ex. gel lubrificante) 2. Estimulação de áreas erógenas sensíveis 3. Uso de estímulos audiovisuais/fantasia
Lesões incompletas	Capacidade de apreciar sensação leve em C2, 3, 4 dermatômo correlaciona-se com a habilidade de atingir excitação psicogênica e ejaculação	Preservação da sensação sacral correlaciona-se com ereção reflexa/lubrificação vaginal	Aproximadamente 50% dos indivíduos com lesão medular experimentam orgasmo	Estimulação e uso de técnicas adaptativas podem facilitar a resposta sexual

Adaptado de “Impact of spinal cord injury on sexuality: broad-based clinical practice intervention and practical application.” M. Hess & S. Hough (2012) *The journal of spinal cord medicine*, 35(4), 211–218. <https://doi.org/10.1179/2045772312Y.0000000025>. Copyright 2012 dos autores

O impacto da lesão medular (LM) nas funções sexuais e sexualidade é uma questão largamente estudada, que acarretam consequências físicas e emocionais para os indivíduos.

Fisicamente, os indivíduos do sexo masculino com lesão medular (LM) frequentemente relatam disfunções sexuais como a perda de sensibilidade na zona genital, dificuldades em ter e/ou manter ereção e diminuição da lubrificação para o sexo feminino, adicionalmente leva a alterações nas respostas sexuais e na capacidade de alcançar o orgasmo. Krassioukov & Elliot (2017) salientam que os homens experienciam, em até 80% dos casos, disfunção erétil dependendo do nível da lesão, o que por vezes, também pode afetar a ejaculação e por consequência a fertilidade. Já as mulheres, embora mantenham sua capacidade reprodutiva, enfrentam desafios extra na capacidade de lubrificação e alterações no ciclo menstrual transitoriamente após a lesão (Krassioukov & Elliot, 2017).

Adiciona-se aos desafios físicos, o desafio e o impacto emocional e psicológico expressivo. Estudos como o de Alexander et al (2017) mostram que a lesão medular (LM) pode levar a sentimentos de inadequação sexual e à diminuição da autoestima, o que, conseqüentemente, pode afetar os relacionamentos íntimos. A reabilitação sexual deve, portanto, abordar os aspectos físicos e os emocionais, deve ainda abordar as estratégias de comunicação com o parceiro e o uso de dispositivos de assistência e auxílio sexual que podem ajudar os doentes a redescobrir sua sexualidade (Alexander et al, 2017).

A conversação entre profissionais de saúde e os doentes é uma componente crucial e indispensável na reabilitação sexual pós lesão medular (LM). Diversos estudos (Alexander et al., 2017; Barrett et al, 2023; Contrada et al, 2023; Garrett, 2012) ressaltam a importância de comunicação e formação adequada dos profissionais de saúde que privam com estes doentes ou pode resultar em barreiras para que os utentes discutam as suas preocupações sexuais, o que muitas vezes leva à negligência dessa parte importante da reabilitação. Os mesmos estudos defendem a inclusão de educação sexual nos programas de reabilitação para doentes com lesão medular (LM), promovendo um ambiente de apoio e de não julgamento para discutir questões de ordem de saúde sexual e sexualidade.

Os tratamentos interventivos como o uso de equipamentos auxiliares e adaptativos, métodos farmacológicos como medicamentos para disfunção erétil e terapia sexual são essenciais para que os doentes possam explorar e experienciar novas formas de

intimidade. Técnicas de posicionamento e de estimulação vibratória podem auxiliar os indivíduos acometidos com lesão medular (LM) a recuperar parte de sua função sexual. Ademais, o aconselhamento e acompanhamento psicológico e o apoio dos parceiros são essenciais para enfrentar as barreiras emocionais e físicas fruto da lesão (Hess & Hough, 2012).

Hess & Hough (2012) concluem que é fulcral discutir a sexualidade como parte integrante do processo de reabilitação, englobando a educação sexual desde o período agudo. O envolvimento e a participação do parceiro no processo de reabilitação são fundamentais para melhorar a satisfação sexual e a intimidade.

De facto, os indivíduos que sofreram AVCs, TCEs e/ou LMs têm a sua sexualidade afetada por várias razões e a vários níveis, sendo esta uma das esferas que devem ser abordadas para efeitos de intervenção de reabilitação. Os sobreviventes de AVCs experienciam dificuldades sexuais associadas ao medo de novo AVC, depressão, disfunções físicas, incontinência e/ou impotência; estas podem ser colmatadas pela valorização de outras formas de sexualidade (que não a penetração), sendo o aconselhamento profissional determinante para a recuperação (Harwood et al., 2023). Os efeitos dos TCEs podem impactar direta e indiretamente a sexualidade dos indivíduos, quer do ponto de vista físico quer psicológico. Após 1 ano dos TCEs, 29% dos indivíduos reportam insatisfação, especialmente os homens. Tais resultados são associados à pouca atenção dada a esta área nos programas de reabilitação para TCEs (Stocchetti & Zanier, 2016). Estudos recentes apontam que os problemas sexuais são os terceiros nas principais preocupações de indivíduos com LMs a nível global. Isto, pois, estes não apenas são prejudicados pelos efeitos físicos e sensoriais associados, mas também pela diminuição/alteração dos encontros românticos que são possíveis e das relações interpessoais. A vivência da sexualidade é alterada por experiências de dor, espasmos, disreflexia, falta de ar, incontinência, depressão, ansiedade, entre outros (Ireland et al., 2024).

1.4. Saúde sexual, sexualidade e reabilitação

Existe um consenso geral na literatura sobre e sobre o valor de uma abordagem biopsicossocial na reabilitação sexual (Pereira et al., 2017). A sexualidade de pessoas com deficiências físicas é uma área que demanda atenção especial. Em Portugal um estudo de

grupo focal em indivíduos com deficiência física mostra que muitos sofrem obstáculos consideráveis na vida sexual e nas relações, urge uma necessidade de programas de saúde sexual que interpelem e acometam essas questões (Garrett, 2012). Esmail et al. (2001) salientam a pertinência de programas de saúde sexual pensados de base para indivíduos com deficiências físicas, dando crucial importância à educação e à comunicação que são indispensáveis e fundamentais para melhorar as condições da saúde sexual desses indivíduos.

De acordo com Vaz e Coelho (2010) tendo em conta os múltiplos aspectos envolvidos na sexualidade destes doentes; emocionais, físicos e relações interpessoais, a natureza complexa e a necessidade de preparação específica para abordar esta temática com segurança de forma geral, não faz parte da rotina médica. De facto, não raras vezes é considerada irrelevante para a reabilitação funcional. Acresce a dificuldade em perceber o momento ideal do processo de reabilitação em que sexualidade deve ser abordada.

Apesar de vários estudos demonstrarem que a situação sexual é um factor determinante na qualidade de vida, este, por vezes, é um aspecto frequentemente relegado para segundo plano, pelo que os autores Garrett (2012) e Esmail et al. (2001) consideram importante a sua abordagem sistematizada, protocolada e multidisciplinar para esta população.

Esmail et al. (2001) defendem que os sistemas de saúde devem atender às necessidades de saúde sexual de indivíduos com deficiências, incluindo a promoção de uma abordagem holística tendo em vista a melhoria da qualidade de vida. Esses estudos (Garrett, 2012; Esmail et al., 2001), argumentam de forma coletiva uma mudança de paradigma nos serviços de saúde sexual, integrando e compreendendo na sua plenitude o modelo biopsicossocial para apoiar os doentes ao longo do seu processo de reabilitação. Esta abordagem abrangente é ecoada nas diretrizes da OMS (2015), que destacam a necessidade de programas de saúde sexual inclusivos e baseados em direitos para alcançar melhores resultados de saúde para todos.

A inserção da saúde sexual nos programas de reabilitação é crucial para melhorar a qualidade de vida de indivíduos com deficiências. Exige um esforço conjunto de todos os profissionais de saúde, desde a formulação de políticas e organizações comunitárias para implementar práticas de saúde sexual inclusivas, informadas e solidárias.

Segundo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), os programas de saúde sexual, menciona que estes devem assumir uma conduta global e abrangente que

integrem os aspetos físicos, psicológicos e sociais da sexualidade. A OMS salienta a demanda de educação sexual apropriada para profissionais da área da saúde e doentes, que assegure que os serviços de saúde sexual sejam acessíveis para pessoas com deficiência e respeitando sua autonomia e direitos sexuais (OMS, 2015). O estudo de Reis et al. (2021), corrobora estas orientações, sublinhando a necessidade de intervenções formativas e educacionais para a reabilitação de funções sexuais em doentes com lesões neurológicas.

Havendo disrupção no âmbito da saúde sexual e da sexualidade é comum que a perceção sobre a qualidade de vida seja prejudicada pelo que as intervenções devem, segundo Savoy et al. (2020), ser pautadas pelos seguintes princípios:

- Evitar o julgamento moral ou religioso do comportamento do indivíduo;
- Evitar termos que assumam suposições sobre o comportamento ou a orientação sexual;
- Assegurar que existe uma compreensão partilhada em torno da terminologia e da pronúncia para as preocupações do indivíduo para evitar a confusão;
- Estabelecer a relação e o consentimento antes de abordar tópicos sensíveis;
- Respeitar o direito do indivíduo de recusar responder a perguntas ou partilhar informações;
- Utilizar um tom sensível que normalize os tópicos que está a discutir;
- Utilizar termos neutros e inclusivos que evitem as suposições sobre a orientação

O tema da sexualidade pode ser explorado utilizando o modelo dos 5 Ps – Parceiros, Práticas, Proteção/Passado de doenças e infeções sexualmente transmissíveis, Planos de gravidez e Prazer. No Quadro 2 pode-se consultar as questões associadas ao modelo 5Ps.

Quadro 2

Questões associadas ao modelo dos 5 Ps.

PARCEIROS

Como é que os seus parceiros se identificam? Identificam-se como homens, mulheres ou outra? ou Quais são os géneros dos seus parceiros?

Quantos parceiros teve no mês passado? Os últimos seis meses? A sua vida?

Quão satisfeito está com o seu funcionamento sexual (e/ou do seu parceiro)?

Houve alguma alteração no desejo sexual (ou no seu parceiro) ou na frequência da atividade sexual?

PRÁTICAS

Em que tipo de atividades sexuais participa?

Participa em sexo vaginal? Sexo oral? Sexo anal?

PROTEÇÃO/PASSADO DE DOENÇAS E INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Já teve alguma doença relacionada com o sexo?

Tem, ou já teve, algum factor de risco para o VIH? (Listar transfusões de sangue, lesões de agulhas, consumo de drogas intravenosas, doenças sexualmente transmissíveis, parceiros que podem ter colocado o doente em risco.)

Já foi testado para o VIH? Gostaria de ser?

O que faz para se proteger da contratação do VIH?

PLANOS DE GRAVIDEZ

Está a tentar tornar-se mãe/pai? Gostaria de engravidar (ou ser pai de um filho)?

Que método utiliza para a contraceção?

PRAZER

Você (ou os seus parceiros) utiliza algum dispositivo ou substância específica para melhorar o seu prazer sexual?

Sente alguma dor com relações sexuais? Tem alguma dificuldade com a lubrificação?

Tem alguma dificuldade em alcançar o orgasmo?

Tem alguma dificuldade em obter e manter uma ereção?

Tem dificuldade com a ejaculação?

Tem alguma dúvida ou preocupação sobre o seu funcionamento sexual?

Existe alguma coisa sobre a sua atividade sexual (ou do seu parceiro) (como indivíduos ou como casal) que gostaria de mudar?

Adaptado de “Sexual health history: techniques and tips.” M. Savoy et al., 2020, American Family Physician, 101(5), 286-293. Copyright 2020 dos autores

No que remete às pessoas com incapacidades, importa especialmente assegurar que as situações particulares de vulnerabilidade biopsicosocial são tidas em conta aquando da intervenção, nomeadamente no âmbito da reabilitação.

A análise dos parceiros sexuais dos diferentes grupos do estudo (AVC, LM, TCE e outros)

destaca variações nas dinâmicas de relacionamento e nas necessidades de suporte sexual. Nos indivíduos com lesão medular (LM), a literatura enfatiza que os parceiros muitas vezes enfrentam desafios relacionados à adaptação à nova realidade sexual, exigindo intervenções específicas para melhorar a satisfação sexual e a comunicação (Alexander et al., 2018; Hess & Hough, 2012). Em indivíduos com AVC, a pesquisa revela que os parceiros frequentemente experimentam mudanças na intimidade e no desejo sexual, com necessidade de apoio emocional para lidar com as limitações físicas (Grenier-Genest et al., 2017; Korpelainen et al., 2014). Já em indivíduos com traumatismo cranioencefálico (TCE), os parceiros muitas vezes precisam de orientações para compreender as alterações comportamentais e emocionais que afetam a sexualidade (Bezeau et al., 2004; Fraser et al., 2020). O apoio mútuo e a comunicação aberta são fundamentais para a adaptação, independentemente da condição clínica, com abordagens de reabilitação sexual sendo fundamentais para a satisfação sexual mútua (Cardoso, 2003; Forsythe & Horsewell, 2006).

Essa compreensão é essencial para orientar intervenções personalizadas que atendam às necessidades dos doentes e dos respectivos parceiros.

1.4.1. Reabilitação e modelos teóricos

A reabilitação da função sexual visa facilitar a expressão sexual dos indivíduos de forma que lhes seja satisfatória, recuperando, por um lado, as experiências prévias e, por outro, explorando métodos alternativos (Forsythe & Horsewell, 2006).

O modelo Modelo PLISSIT foi desenvolvido pelo psicólogo Jack S. Annon em 1976, com o objetivo de fornecer uma estrutura prática e orientadora para profissionais de saúde auxiliarem seus doentes a discutir, tratar e intervir nos problemas sexuais de forma gradual e organizada (Annon, 1976). É uma, atualmente, abordagem recorrente para abordar questões relacionadas com a sexualidade em contextos clínicos, em especial nos casos de doentes que sofrem desafios sexuais devido a condições médicas, como lesão medular (LM), acidente vascular cerebral (AVC) ou traumatismo cranioencefálico (TCE) (Bampi et al., 2008; Fraser et al., 2020; Garrett & Teixeira, 2006; Garrett et al., 2012).

O modelo PLISSIT integra quatro níveis de atuação terapêutica no âmbito da sexualidade, é um acrônimo que se refere às quatro etapas de intervenção propostas no modelo, nomeadamente permissão, informação limitada, sugestões específicas e terapia intensiva.

Quando aplicado a situações de incapacidade ou doença crónica, surge uma adaptação estendida do modelo, Ex-PLISSIT em que a autoconsciência (Incentiva o doente a refletir sobre a sua nova realidade física e emocional, ajudando-o a redefinir sua identidade sexual após a lesão ou doença), a reflexão, a revisão (Promove uma análise dos valores e crenças que o individuo tem em relação à sua sexualidade e como esses conceitos podem ser revistos para se ajustarem à nova condição), o conhecimento e o desafio de assunções são enquadrados pela especificidade da vivência do individuo relativamente à sua condição (doente é incentivado a obter mais conhecimento sobre sua condição e como ela afeta a sexualidade). EX-PLISSIT promove um ciclo de aprendizagem abrangente de reflexão e revisão, desafiando suposições para desenvolver conhecimento e autoconsciência. Há dois elementos para reflexão e revisão. O foco do primeiro é o paciente, e o foco do segundo é o profissional (Savoy et al., 2020; Taylor & Davis, 2007).

Esta abordagem do EX-PLISSIT, estendida e adaptada, visa não apenas restaurar a função sexual, mas também promover uma vivência sexual saudável e satisfatória, independentemente das limitações impostas pela condição física ou emocional do indivíduo (Savoy et al., 2020; Taylor & Davis, 2007).

O nível Permissão está presente em todos os níveis, todas as intervenções devem começar com Permissão, e é essencial que essa Permissão seja explícita, dando aos indivíduos a oportunidade de fazer perguntas ou expressar suas preocupações (Taylor & Davis, 2007). E visa evidenciar ao individuo que existe compreensão sobre a sua condição e saúde sexual, transmitindo-lhe segurança para abordar as temáticas relevantes. O nível informação limitada integra a partilha de limitações e potencialidades, explorando-se alternativas para o desempenho do ato sexual e, possivelmente, o alcance da paternidade/maternidade (Garrett & Teixeira, 2006).

O nível sugestões específicas decorre de uma profunda compreensão da informação previamente abordada, introduzindo-se orientações para a mudança comportamental.

No último nível, terapia intensiva, ocorre a intervenção de terapeutas sexuais especialistas nas lesões do individuo, e pode passar pelo encaminhamento para intervenção especializada, quando identificada a sua necessidade, é possível encaminhar o indivíduo sem passar pelos outros níveis. Isso não se refere apenas a terapias como terapia psicosexual ou aconselhamento de relacionamento, mas também pode incluir urologia, medicina geniturinária, ginecologia ou aconselhamento sobre continência (Garrett & Teixeira, 2006; Taylor & Davis, 2007).

No Quadro 3 podemos observar algumas questões que podem ser exploradas em cada nível.

Quadro 3

Exemplos de questões e abordagens em cada nível.

PERMISSÃO

Nas pessoas com lesões semelhantes à sua é comum que a sexualidade seja afetada de alguma forma. Gostaria de partilhar como se sente em relação a esta área da sua vida? Muitas pessoas em situação similar á sua procuram auxílio médico para as questões relacionadas com a sexualidade. Como está o seu caso?

Entendo que em situações como a sua, seja normal sentir-se inibido ao falar sobre a sexualidade, mas é importante que o faça

INFORMAÇÃO LIMITADA

Há uma grande quantidade de recursos de que estão à sua disposição para otimizar a sua experiência sexual.

Quais são os recursos de apoio já conhece para melhorar as suas atividades sexuais?

Está ciente que, com auxílio de técnicas medicas, é possível ser pai/mãe?

SUGESTÕES ESPECÍFICAS

Estas são as zonas erógenas mais frequentes descritas por outras pessoas e onde pode propor que a(o) sua/seu parceira(o) o(a) que estimule com maior dedicação.

TERAPIA INTENSIVA

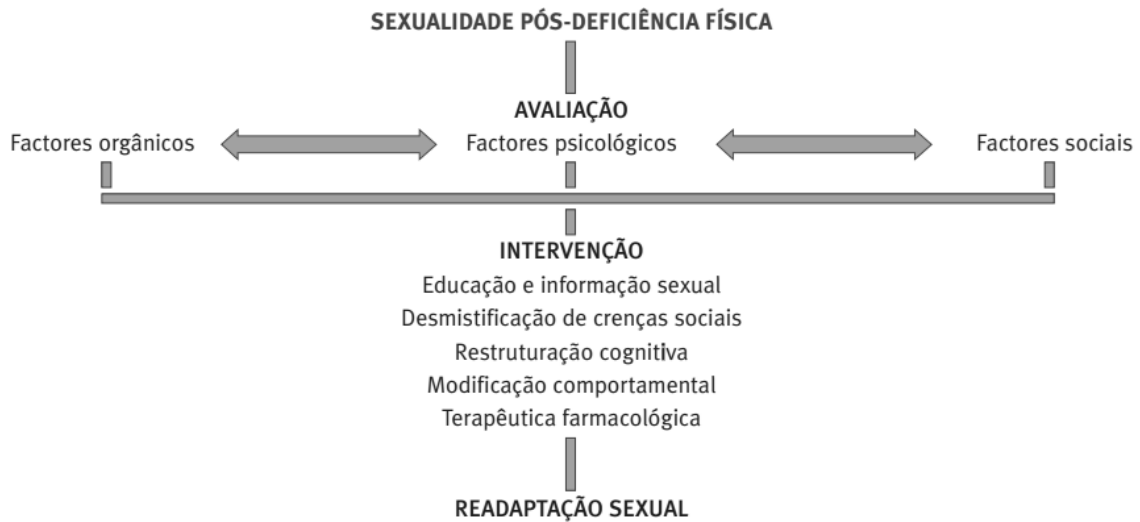
Este é o plano especialmente desenvolvido para si, com o objectivo de alcançarmos as nossas metas. Por favor, siga-o com atenção aos detalhes. O envolvimento do seu/sua parceiro(a) (caso exista) é fundamental.

Adaptado de “A utilização do modelo PLISSIT na abordagem da sexualidade do lesionado vértebro-medular por trauma.” Garrett & Teixeira, 2006, Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 3, 237-244. Copyright 2006 dos autores.

Cardoso (2003) aponta um modelo de reabilitação sexual pós-deficiência física que integra vetores avaliativos e interventivos conforme Figura abaixo. Este modelo pauta-se pela iteratividade das fases, num constante reajuste em função das evoluções registadas que se associa a reprogramações do planeamento da intervenção.

Figura 4

Modelo de reabilitação sexual pós-deficiência física.



Adaptado de “Reabilitação sexual pós-deficiência física: um modelo multidimensional.” Cardoso, 2003, *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 37, 5-10. Copyright 2003 dos autores.

1.4.2. Avaliação de necessidades, planeamento e intervenção

Cardoso (2003) aponta que, relativamente à avaliação (Tabela 10), é fulcral fazer um levantamento de fatores orgânicos, psicológicos e sociais.

Tabela 10*Fase de avaliação (para a reabilitação).*

Fatores Orgânicos	Fatores Psicológicos	Fatores Sociais
<p>a) Tipo de deficiência: congénita ou adquirida. Nos casos de deficiência congénita, não se dispõe de um modelo pré-existente do comportamento sexual, já nas situações de deficiência adquirida tende a existir uma base comparativa o que pode influenciar de forma prejudicial a readaptação sexual.</p> <p>b) Evolução do quadro clínico: recuperável ou permanente e o nível de risco à própria vida.</p> <p>c) Gravidade morfológica, orgânica e operacional da condição médica.</p> <p>d) Impacto global no organismo, sobretudo no que concerne às alterações neurológicas, vasculares e hormonais.</p> <p>e) Implicações concretas, directas ou indirectas, influenciando a função genital nas diferentes fases da resposta sexual.</p> <p>f) Complicações adicionais, abrangendo mudanças na pele (úlceras de pressão) problemas ósseos, musculares e articulares, dificuldades respiratórias, urológicas gastrointestinais, dor persistente, cansaço e sensação de desconforto.</p>	<p>a) Expectativas individuais e de relacionamento em relação à sexualidade.</p> <p>b) Impacto na dinâmica do casal: nível de desequilíbrio na estabilidade, divisão entre o papel de cuidador e do parceiro e receios de abandono.</p> <p>c) Crenças relacionadas aos possíveis efeitos prejudiciais da actividade sexual no quadro clínico.</p> <p>d) Crenças e comportamentos sexuais anteriores à condição de saúde vigente.</p> <p>e) Mecanismos de coping utilizados perante as dificuldades sexuais. As estratégias focadas na resolução activa dos problemas tendem a mostrar maior eficácia adaptativa.</p> <p>f) Estilo de comunicação sexual do casal.</p> <p>g) Mudanças na percepção da imagem corporal. Numa sociedade dominada pelo mito da perfeição física, pessoas com deficiência podem facilmente se auto-percepcionar como inferiores e/ou pouco atractivas.</p>	<p>a) Mitos associados à sexualidade de pessoas com deficiência física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • são entendidos como sendo desprovidos de interesse ou desejo sexual; • ainda que possuam desejo sexual, são considerados disfuncionais (os homens geralmente são rotulados como impotentes, existindo um manancial de referências literárias e cinematográficas que reforçam esta crença); • sexo é equivalente ao coito, portanto se enfrentam problemas de ereção ou de ejaculação, nunca conseguirão ter relações sexuais; • são nefastamente promíscuos (tarados sexuais); • são masturbadores compulsivos; • coitados, não podem ter filhos... o que até uma sorte, senão como é conseguiriam atender às necessidades dos seus filhos? • são bons amigos... não há motivos para ter medo de qualquer iniciativa sexual; • deve-se evitar ter conversas de teor sexual para não perceberem aquilo que “estão a perder”; • um relacionamento afectivo-sexual entre uma pessoa com deficiência e alguém saudável, certamente, deve-se, a interesses materiais ou, numa visão mais “benevolente” reflecte uma atitude de

<p>g) Efeitos da medicação. Estes podem ser precipitantes ou agravantes das dificuldades na função sexual.</p>	<p>h) Mudanças nos papéis de género. Estas mudanças são mais visíveis entre os homens, para os quais o enfrentamento da deficiência física frequentemente impacta de forma negativa o “exercício da masculinidade”.</p> <p>i) Impactos na auto-estima, auto-eficácia e auto-confiança.</p> <p>j) Perspectiva individual dada a uma possível privação de autonomia e independência.</p> <p>k) Ansiedade. As concepções de desajuste sexual, sejam antecipadas ou experimentadas, frequentemente resultam em sintomas de ansiedade.</p> <p>l) Depressão. Embora não configure um estado depressivo em sentido estrito, é comum haver algum grau de intensidade depressiva, revela-se principalmente através de padrões negativos de pensamento e do evitamento da interacção sexual.</p> <p>m) Modificações no funcionamento cognitivo, principalmente quando a deficiência física tem uma origem traumática.</p>	<p>extremo altruísmo; • a união entre pessoas com deficiência é vista como a única opção possível – “quem mais o/a iria querer?” • muitos procuram a prostituição para atenderem e se satisfazerem sexualmente.</p> <p>b) Suporte social. A sua existência confere um sentimento de segurança e protecção largamente reconhecido.</p> <p>c) Institucionalização. Esta tende a intensificar o isolamento social e a desvalorizar o desenvolvimento de relações amorosas das pessoas com deficiência física.</p> <p>d) Infantilização. Em situações de dependência mais evidente, há uma tendência para o desenvolvimento de relações assimétricas, semelhantes ao modelo parental.</p> <p>e) Limitações nos acessos a ambientes de convivência social.</p> <p>f) Abuso sexual. A fragilidade e a vulnerabilidade da condição física e psicológica podem criar um cenário condante para o relacionamento sexual não consentido.</p>
--	---	---

Adaptado de “Reabilitação sexual pós-deficiência física: um modelo multidimensional.” Cardoso, 2003, Sexualidade e Planeamento Familiar, 37, 5-10. Copyright 2003 dos autores.

Finda a fase de avaliação, é fulcral planear os objetivos da intervenção e as ações para atingir tais propósitos, podendo estes ser orientados à promoção do retorno a níveis prévios de funcionamento ou à redefinição da sexualidade em alinhamento com as possibilidades do indivíduo.

Segundo Cardoso (2003) o planeamento e a intervenção devem orientar-se pelos seguintes eixos: educação e informação sexual, desmistificação de crenças sociais, reestruturação cognitiva, modificação comportamental e terapêutica farmacológica.

A introdução da saúde sexual em contextos de reabilitação, consoante abordada por Cardoso (2003), assenta em cinco pilares: educação e informação sexual, reestruturação cognitiva, modificação comportamental, desmistificação de crenças sociais e terapêutica farmacológica. Esses pilares têm em vista promover uma visão e abordagem holística e centrada no doente, é fundamental para enfrentar as heterogeneidades associadas à sexualidade de indivíduos que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC), Traumatismo Cranioencefálico (TCE) ou Lesão Medular (LM).

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Satisfação Sexual em doentes com Acidente Vascular Cerebral, Lesão Medular e Traumatismo Cranioencefálico: Um estudo observacional transversal

Este estudo explora a saúde e satisfação sexual de doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), Lesão Medular (LM) e Traumatismo Cranioencefálico (TCE), contribuindo para uma melhor compreensão das necessidades desta população em reabilitação e possibilitando intervenções mais adequadas.

O estudo teve como objetivo apurar a satisfação sexual em indivíduos que passaram por um episódio agudo de doença e que passaram por um programa intensivo de reabilitação e apurar o seu interesse em integrar um programa de avaliação e intervenção em saúde sexual. Foi realizado um estudo observacional transversal, com uma amostra não probabilística de conveniência constituída por 110 indivíduos ($N = 110$), com idades entre 21 e 91 anos ($M = 53.41$; $DP = 13.60$), AVC = 31.8% ($n = 35$), LM = 26.4% ($n = 29$), TCE = 20.9% ($n = 23$) e Outros = 20.9% ($n = 23$).

Verificou-se que, independentemente da idade e do sexo dos participantes, os indivíduos que sofreram uma LM ($EMM = 1,88$, $SE = 0,15$) apresentam uma satisfação sexual inferior aos participantes que sofreram um AVC ($EMM = 2,77$, $SE = 0,15$) e TCE ($EMM = 2,71$, $SE = 0,19$), que por sua vez apresentam valores similares com a satisfação sexual. Não foram observadas diferenças significativas em termos de sexo dos participantes na satisfação sexual geral, conforme demonstrado pela análise de covariância (ANCOVA) ($F(1, 81) = 1,35$, $p = >0,05$). No entanto, a idade mostrou um efeito significativo, com a satisfação sexual diminuindo à medida que a idade aumentava ($F(1, 81) = 23,47$, $p < .001$, $\eta^2 = 0,23$), confirmando a correlação negativa entre idade e satisfação sexual.

A análise dos dados revelou que não houve diferenças significativas em termos de adesão à intervenção psicológica quando se considerou o motivo da doença, o sexo e a escolaridade dos participantes. O teste do qui-quadrado indicou que essas variáveis não influenciaram a propensão para a participação em intervenções psicológicas, com valores como $\chi^2(6) = 8,69$ ($p = >0,05$) para o motivo da doença, $\chi^2(2) = 2,12$ ($p = >0,05$) para o sexo, e $\chi^2(14) = 14,89$ ($p = >0,05$) para a escolaridade. Estes resultados sugerem que, independentemente dessas variáveis, a necessidade de apoio psicológico parece ser reconhecida de forma uniforme entre os participantes, refletindo uma preocupação

transversal com a saúde mental e sexual após episódios de lesões neurológicas, independentemente das características sociodemográficas.

Sugere-se a realização de estudos futuros com uma amostra mais ampla, seria valioso investigar os fatores psicossociais e avaliar mudanças ao longo do tempo na população em estudo.

Palavras-chave: Saúde sexual; Sexualidade; Reabilitação; Lesão Medular; LM; Acidentes Vasculares Cerebrais; AVC; Traumatismos Cranioencefálicos; TCE

As lesões neurológicas, como os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs), Traumatismos Cranioencefálicos (TCEs) e Lesões Medulares (LMs), constituem atualmente um dos maiores desafios de saúde pública mundial. Essas condições não afetam apenas a longevidade das pessoas, mas também causam limitações físicas profundas, cognitivas e sociais, com impactos duradouros na qualidade de vida dos indivíduos afetados. Todos anos, milhões de pessoas sofrem algum tipo de lesão cerebral ou medular, o que resulta em perdas significativas de funcionalidade e autonomia. Segundo estimativas da World Health Organization (OMS), os AVCs são responsáveis por cerca de 6,2 milhões de mortes anuais e constituem a segunda principal causa de morte em todo o mundo (OMS, 2006). Nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população e o aumento da esperança média de vida contribuem para um aumento contínuo da prevalência de lesões neurológicas, incluindo AVCs e Traumatismos Cranioencefálicos (TCEs) (Santos & Agrela, 2019; Wafa et al., 2020).

O Acidente Vascular Cerebral, definido pela OMS como uma perda neurológica súbita resultante de uma interrupção do fluxo sanguíneo no cérebro, é uma das principais causas de incapacidade global (OMS, 2006). Cerca de 87% dos AVCs são de natureza isquémica, resultando da obstrução de vasos sanguíneos que alimentam o cérebro, enquanto 13% são hemorrágicos, caracterizados por ruturas de vasos e hemorragias cerebrais (Corrigan et al., 2013). A gravidade das consequências de um AVC depende de uma série de fatores, incluindo a idade, o estado de saúde prévio e o acesso a cuidados médicos imediatos. Em países de médio e baixo rendimento, a taxa de mortalidade associada aos AVCs hemorrágicos chega a 80% (Katan & Luft, 2018), revelando estas populações uma vulnerabilidade acentuada.

Além dos AVCs, os Traumatismos Cranioencefálicos (TCEs) também são um importante fator de incapacidade, afetando principalmente os jovens e os idosos. Estima-se que, na

Europa, a incidência anual de Traumatismos Cranioencefálicos (TCEs) seja de 326 casos por 100.000 habitantes, com uma prevalência maior entre homens jovens e idosos acima de 65 anos (Santos & Agrela, 2019). Estas lesões podem ter origem em acidentes de trânsito, quedas e agressões, e apresentam uma variabilidade significativa em termos de severidade e prognóstico. Os Traumatismos Cranioencefálicos (TCEs) leves, que constituem a maior parte dos casos, geralmente resultam em recuperação completa, mas os casos mais graves podem deixar sequelas físicas, cognitivas e emocionais permanentes, comprometendo a funcionalidade e a qualidade de vida dos indivíduos (Silver et al., 2018).

As Lesões Medulares (LMs), por sua vez, são frequentemente causadas por traumas físicos diretos ou por condições patológicas degenerativas, e afetam a medula espinal, criando perdas sensoriais e motoras significativas abaixo do local da lesão. Globalmente, foram registados cerca de 0,9 milhões de novos casos de Lesões Medulares (LMs), em 2019, com uma incidência estimada de 12 por 100.000 habitantes (Ding et al., 2022). Em Portugal, os dados epidemiológicos indicam que 59% dos casos de Lesões Medulares (LMs) são não traumáticos, decorrentes de causas como degeneração e doenças neoplásicas, enquanto os 41% restantes estão associados a causas traumáticas, como quedas e acidentes rodoviários (Moreira & Andrade, 2023). As Lesões Medulares (LMs) têm um impacto devastador sobre a capacidade funcional dos indivíduos, com implicações diretas nas atividades de vida diárias e na autonomia pessoal.

Um dos aspetos menos explorados, mas de fundamental importância para a reabilitação desses doentes, é a saúde sexual e o impacto dessas lesões na sexualidade e relações íntimas. De acordo com a Associação Mundial de Sexualidade e a World Health Organization, a sexualidade é um componente essencial do bem-estar físico, emocional e social (OMS, 2006) e deveria ser contemplada em qualquer abordagem de reabilitação.

Entretanto, muitos sobreviventes de AVCs, Traumatismos Cranioencefálicos (TCEs) e Lesões Medulares (LMs) relatam dificuldades significativas nesta área, que vão desde disfunções físicas, como impotência e incontinência, até problemas emocionais, como depressão e baixa autoestima, associados à nova condição física e à perda de autonomia (Harwood et al., 2023; Stocchetti & Zanier, 2016).

A investigação revela que a reabilitação sexual é crucial para a qualidade de vida dos pacientes com lesões neurológicas, sendo, no entanto, frequentemente negligenciada nos programas de reabilitação (Savoy et al., 2020). Em pacientes com AVC, por exemplo,

cerca de 40% dos sobreviventes relatam dificuldades sexuais significativas nos primeiros seis meses após o evento, o que afeta diretamente as relações conjugais e a percepção de bem-estar (Harwood et al., 2023). Entre os indivíduos com TCE, as dificuldades sexuais estão associadas a alterações cognitivas, emocionais e comportamentais, que comprometem a intimidade e a satisfação pessoal (Stocchetti & Zanier, 2016). Da mesma forma, as LMs frequentemente resultam em disfunções sexuais que afetam tanto a função fisiológica quanto a dimensão emocional e relacional da sexualidade (Ireland et al., 2024). Assim, a inclusão da saúde sexual nos programas de reabilitação é imperativa para garantir uma abordagem holística centrada no doente, que tenha em conta não apenas a recuperação física, mas também o bem-estar emocional e social dos indivíduos (Garrett & Teixeira, 2006; Garrett, 2012; Taylor & Davis, 2007).

A reabilitação sexual, tendo em conta modelos como o PLISSIT (Permissão, Informação Limitada, Sugestões Específicas e Terapia Intensiva), proporciona aos doentes o apoio necessário para explorar novas formas de intimidade e sexualidade, promovendo a recuperação da autoestima e da funcionalidade nas relações interpessoais (Forsythe & Horsewell, 2006).

O presente estudo teve como objetivo avaliar a satisfação sexual de doentes que passaram por um processo de reabilitação intensiva após Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs), Traumatismos Cranioencefálicos (TCEs) e Lesões Medulares (LMs), na saúde sexual dos indivíduos após o episódio aguda de doença, e ainda apurar o seu interesse na disponibilização de um protocolo de avaliação e intervenção psicológica com abordagem de reabilitação centrada na recuperação funcional e emocional.

2.2. Método

2.2.1. Participantes

Foi estudada uma amostra não-probabilística, de conveniência, composta por 110 indivíduos ($N = 110$). Os participantes distribuem-se entre quatro condições (Acidente Vascular Cerebral – AVC = 31.8% ($n = 35$); Lesão Medular – LM = 26.4% ($n = 29$), Traumatismo Cranioencefálico – TCE = 20.9% ($n = 23$) e “Outras” = 20.9% ($n = 23$) (cf. Quadro 4).

Adicionalmente, a amostra apresenta um desequilíbrio em termos do sexo dos

participantes, $\chi^2(3) = 13,28$, $p = 0,004$, e de idade, $F(3, 106) = 6,70$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.16$. Concretamente, a amostra apresenta nas condições de Lesão Medular (LM) e TCE um número inferior de mulheres (cf. Quadro 5). No que concerne à idade, o grupo Traumatismo Cranioencefálico - TCE releva-se como substancialmente mais jovem que os restantes grupos (cf. Quadro 5). Finalmente, a distribuição em termos de nacionalidade ($\chi^2(6) = 6,47$, $p = >0,05$), estado civil ($\chi^2(3) = 4,75$, $p = >0,05$) e escolaridade ($\chi^2(21) = 20,24$, $p = >0,05$) é similar entre os grupos (cf. Quadro 5.).

Quadro 4

Detalhes das outras doenças dos participantes (N = 23).

	n
Acidente de viação	4
Amputação	1
Angioma	1
Esclerose	5
Geral de adulto - Operado coluna	1
Geral de adultos - Guillain-Barré	4
Geral de adultos - Peritonite	1
Neuropatia	1
Pneumonia	1
Transplante coração	1
Tumor	3

Quadro 5*Descrição da amostra por grupos*

	AVC		LM		TCE		Outras	
	N = 35 ¹		N = 29 ²		N = 23 ³		N = 23 ⁴	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Feminino	16	45,70	7	24,10	1	4,30	10	43,50%
Masculino	19	54,30	21	72,40	22	95,70	13	56,50
Omisso	-	-	28	96,60	-	-	-	-
Nacionalidade								
Portuguesa	34	97,10	28	96,60	20	87,00	22	95,70
Brasileira	1	2,90	1	3,40	2	8,70	-	-
Canadiana	-	-	-	-	-	-	1	4,30
Omisso	-	-	-	-	1	4,30	-	-
Estado civil								
Com companheiro	27	77,10	22	75,90	22	95,70	18	78,30
Sem companheiro	5	14,30	2	6,90	-	-	4	17,40
Omisso	3	8,60	5	17,20	1	4,30	1	4,30
Escolaridade								
Escola Primária (1º à 4ª classe)	14	40,00	12	41,40	7	30,40	6	26,10
Ensino Preparatório (5º e 6º5 Ano)		14,30	1	3,40	1	4,30	2	8,70
Ensino Básico (7º ao 9º ano)	7	20,00	6	20,70	4	17,40	3	13,00
Secundário (10º ao 12.º Ano)	3	8,60	8	27,60	6	26,10	6	26,10
1º Ciclo do ensino Superior	3	8,60	2	6,90	5	21,70	5	21,70
2º Ciclo do ensino Superior	1	2,90	-	-	-	-	-	-
3º Ciclo do Ensino Superior	-	-	-	-	-	-	1	4,30
Sem frequência escolar	1	2,90	-	-	-	-	-	-
Omisso	1	2,90	-	-	-	-	-	-

Legenda: AVC – Acidentes Vasculares Cerebrais; LM – Lesões Medulares; TCE – Traumatismo Cranioencefálico

A média de idades da amostra é de 53,41 anos (DP = 13,60), com idades variam entre 21 e 91 anos. Ao analisar os diferentes grupos, verificou-se que o Grupo 1 (AVC) apresenta uma média de idades de 58,63 anos (DP = 9,82), o Grupo 2 (LM) possui uma média de 55,10 anos (DP = 15,02), o Grupo 3 (TCE) tem uma média de 43,70 anos (DP = 11,99) e, finalmente, o Grupo 4 (Outros) apresenta uma média de 53,04 anos (DP = 13,78).

2.2.2. Material

2.2.2.1. Questionário sociodemográfico

Foi concebido um questionário de auto-resposta com o objetivo de recolher informações relativas ao sexo, idade, nacionalidade, estado civil (com ou sem companheiro /a, escolaridade e variáveis clínicas (motivo de internamento no Centro de Reabilitação do Norte), nacionalidade e escolaridade.

Este questionário integra ainda uma questão de opinião: “Gostaria de ter avaliação e intervenção psicológica em saúde sexual?” As opções de resposta a esta questão são: Sim, durante o internamento; Sim, depois do internamento e Não.

2.2.2.2. Instrumento

Nova Escala de Satisfação Sexual (NSSS; Pechorro et al., 2015).

A *New Sexual Satisfaction Scale* (NSSS).de 20 itens (SF-20) foi desenvolvida por Stulhofer et al. (2010), e validada linguística e culturalmente para a população portuguesa por Pechorro et al. (2015). A escala NSSS (Pechorro et al., 2015), apresenta uma estrutura fatorial bidimensional, sendo constituída por uma subescala centrada no EU (subescala A: Itens 1-10) e uma subescala centrada no Parceiro e na atividade sexual (Subescala B: itens 11-20) (cf. Quadro 6).

Quadro 6*Descrição dos itens da NSSS por dimensão*

Dimensão	Item
Subescala A – EU	
	1. A intensidade da minha excitação sexual.
	2. A qualidade dos meus orgasmos.
	3. A capacidade de me «soltar» e me entregar ao prazer sexual durante as relações.
	4. A minha capacidade de me concentrar na atividade sexual.
	5. A forma como eu reajo sexualmente ao(à) meu(minha) parceiro(a).
	6. O funcionamento sexual do meu corpo.
	7. O meu à-vontade emocional durante o sexo.
	8. O meu humor depois da atividade sexual.
	9. A frequência dos meus orgasmos.
	10. O prazer que eu proporciono ao meu(minha) parceiro(a) sexual.
Subescala B-	
Parceiro e atividade sexual	
	11. O equilíbrio entre o que eu dou e o que eu recebo durante o sexo.
	12. O à-vontade do(a) meu(minha) parceiro(a) durante o sexo.
	13. A capacidade do(a) meu(minha) parceiro(a) em iniciar a atividade sexual.
	14. A capacidade do(a) meu(minha) parceiro(a) em ter orgasmos.
	15. A capacidade do(a) meu(minha) parceiro(a) se «soltar» e entregar ao prazer sexual.
	16. A forma como o(a) meu(minha) parceiro(a) satisfaz as minhas necessidades sexuais.
	17. A criatividade sexual do(a) meu(minha) parceiro(a).
	18. A disponibilidade sexual do(a) meu(minha) parceiro(a).
	19. A diversidade das minhas atividades sexuais.
	20. A frequência da minha atividade sexual.

As questões estão organizadas de forma a que os participantes indiquem, segundo uma escala tipo de Likert com cinco categorias de resposta, como avaliam e experienciam a sua satisfação sexual, dentro de um período de referência, tendo em conta o período do episódio de agudo da doença até ao momento que está a responder. As categorias de resposta e respetivas cotações que variam entre: 1 = “*Nada Satisfeito*”; 5 = “*Totalmente Satisfeito*”.

As pontuações de cada dimensão são obtidas pela soma das pontuações dos itens individuais dessa dimensão e a pontuação total da NSSS, de acordo com os autores Pechorro et al. (2015), é obtida pela soma das pontuações de todos os itens. Assim quanto mais elevado o resultado, maior a satisfação sexual. O valor mínimo da escala total (somatório dos 20 itens) é 20, que indicaria menor satisfação sexual possível. O valor máximo da escala total é 100, o que representaria o mais alto nível de satisfação sexual.

Cada uma das duas subescalas pode ser cotada separadamente: Subescala Individual (10 itens): Mínimo de 10 pontos e máximo de 50 pontos e a Subescala do Parceiro e atividade sexual (10 itens): Mínimo de 10 pontos e máximo de 50 pontos.

No presente estudo, este instrumento, globalmente considerado, revelou uma consistência interna alta ($\alpha=0,988$). Assim como as duas subescalas, o α de Cronbach são de 0,977 para a “subescala A” (componente acerca do indivíduo = Eu) e para a “subescala B” (componente acerca do parceiro e atividade sexual) $\alpha=0,982$.

2.2.2.3. Procedimento

Foi solicitada a autorização ao autor responsável pela adaptação da versão portuguesa do instrumento; para utilização no presente estudo.

O plano de investigação foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Centro de Reabilitação do Norte (CRN), que emitiu um parecer favorável.

Foi criado um formulário eletrónico e partilhado com os doentes internados em processo de reabilitação instituição Centro de Reabilitação do Norte (CRN), com recurso a um aparelho eletrónico com ligação à internet, obtendo-se a participação de um total de 110 participantes ($N = 110$). O formulário continha assentimento informado (**Anexo A**) que precedia o questionário, foram integrados dois itens de resposta obrigatória para que o questionário fosse disponibilizado, em como aceitava participar e a idade.

Todos os participantes foram informados que o objetivo era avaliar a satisfação sexual dos utentes na instituição, que apenas os investigadores teriam acesso às respostas dos instrumentos de avaliação e que a participação era voluntária, gratuita e não remunerada. Informou-se, ainda, que esta pesquisa tinha um carácter académico, foi facultado um contacto para esclarecimentos adicionais, e que os investigadores não estariam interessados em resultados individuais.

No que diz respeito à amostra, foram considerados como critérios de inclusão dos participantes: concordar em participar no estudo, capacidade em compreender e aceitar o assentimento informado, com idade igual ou superior a 18 anos. No que diz respeito aos critérios de exclusão dos participantes, foram considerados fatores como idade inferior a 18 anos, dificuldades cognitivas severas, que impedissem a compreensão ou o preenchimento adequado dos questionários, ou que comprometessem a capacidade de

fornecer assentimento informado.

Os dados para a avaliação das qualidades psicométricas foram recolhidos em formato presencial com recurso ao formulário *online*.

O instrumento é de autopreenchimento, no entanto foi facultada ajuda na leitura das questões e preenchimento das respostas, quando necessário (preenchimento presencial assistido).

Para responder aos objetivos do estudo, foram aplicados diversos procedimentos estatísticos, começando pela análise e tratamento de dados omissos. Foram identificados quatro casos de dados omissos, correspondentes a 0,17% da matriz total de dados. Esses dados foram imputados por meio da média obtida por regressão múltipla, utilizando todos os itens da escala NSSS (Pechorro et al., 2015) como preditores, assegurando a consistência das respostas.

Em seguida, foi realizada uma verificação de outliers através da análise gráfica dos box-plots, com base no critério de 1,5 vezes a amplitude interquartil. Esta análise revelou que não havia outliers significativos, o que garantiu que os dados utilizados fossem representativos.

Os testes de normalidade Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk indicaram que os pressupostos de normalidade não foram cumpridos. Contudo, as distribuições foram consideradas aceitáveis, uma vez que os valores de assimetria e curtose ($|sk| < 3$ e $|ku| < 7-10$, segundo Kline, 2005) estavam dentro dos parâmetros estatisticamente aceitáveis para uma análise robusta.

Para verificar a distribuição dos participantes em termos de sexo, estado civil, nacionalidade e escolaridade, entre os grupos de internamento (AVC, LM, TCE, Outros), foi utilizado o teste de qui-quadrado (χ^2). Esse teste permitiu identificar um desequilíbrio significativo na distribuição de gênero entre os grupos ($\chi^2 (3) = 13,28$, $p = 0,004$), indicando uma diferença importante nas características demográficas.

A Análise de Variância (ANOVA) foi aplicada para comparar a idade média entre os diferentes grupos de internamento. Os resultados indicaram uma diferença significativa na idade entre os grupos ($F(3, 106) = 6,70$, $p < .001$, $\eta^2 = 0,16$), com o grupo de pacientes com TCE sendo significativamente mais jovem do que os outros grupos.

Por fim, para investigar a adesão à intervenção psicológica comparando a propensão entre

diferentes grupos (AVC, LM, TCE, Outros), sexo e escolaridade, foi realizado um teste qui-quadrado, que não revelou diferenças significativas entre os grupos em nenhuma dessas variáveis categóricas ($\chi^2 (4) = 1,55$, ns; $\chi^2 (2) = 2,12$, ns; $\chi^2 (14) = 14,89$, $p > 0,05$).

As análises foram realizadas recorrendo-se à versão 29 do IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences).

2.2. Resultados

Este estudo teve como objetivo principal investigar a saúde e satisfação sexual de indivíduos com Traumatismo Cranioencefálico (TCE), Lesão Medular (LM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Outras patologias, estudando a satisfação sexual nos diferentes grupos, se existe influência dos fatores sociodemográficos, como sexo e idade, e a relação entre a lesão e a satisfação sexual, além de avaliar o interesse dos participantes num protocolo de avaliação e na subsequente intervenção psicológica, com o intuito de contribuir para intervenções eficazes e direcionadas para a reabilitação sexual desta população.

De forma a verificar se existem diferenças estatisticamente significativas face à satisfação sexual geral entre pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), Lesão Medular (LM) e Traumatismo Cranioencefálico (TCE) foi realizada uma ANCOVA, na qual foram controlados o sexo e a idade dos pacientes.

A análise revelou um efeito da doença no índice de satisfação sexual, $F (2, 81) = 11,06$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,22$, um efeito da covariável idade, $F (1, 81) = 23,47$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,23$ e ausência de efeito do sexo, $F (1, 81) = 1,35$, $p = > 0,05$. Assim, analisando-se as médias marginais estimadas, constatou-se que, independentemente da idade e do sexo dos participantes, os indivíduos que sofreram uma Lesão Medular (LM) (EMM = 1,88, SE = 0,15) apresentam uma satisfação sexual inferior aos participantes que sofreram um Acidente Vascular Cerebral (AVC) (EMM = 2,77, SE = 0,15) e Traumatismo Cranioencefálico (TCE) (EMM = 2,71, SE = 0,19), que por sua vez apresentam valores similares (cf. Quadro 7).

Quadro 7

Médias e Desvios-Padrão das diferentes escalas por grupos, sexo e total.

Grupo	Sexo	NSSS Total	NSSS Individual	NSSS Parceiro
AVC	Masculino	2,60 (1,02)	2,55 (1,04)	2,63 (1,02)
	Feminino	2,49 (1,00)	2,47 (1,02)	2,52 (1,00)
LM	Masculino	1,87 (0,76)	1,80 (0,66)	1,94 (0,89)
	Feminino	1,78 (0,74)	1,70 (0,64)	1,91 (0,87)
TCE	Masculino	3,12 (0,91)	3,20 (0,88)	3,03 (0,97)
	Feminino	3,05 (0,89)	3,14 (0,86)	3,01 (0,95)
Outro	Masculino	2,85 (1,13)	2,82 (1,15)	2,89 (1,14)
	Feminino	2,80 (1,12)	2,76 (1,15)	2,85 (1,13)
Total	Masculino	2,57 (1,05)	2,55 (1,07)	2,59 (1,08)
	Feminino	2,50 (1,03)	2,48 (1,05)	2,54 (1,06)
Total Geral		2,54 (1,04)	2,52 (1,06)	2,56 (1,07)

Legenda: AVC – Acidentes Vasculares Cerebrais; LM – Lesões Medulares; TCE – Traumatismo Cranioencefálico

Adicionalmente, a mesma análise foi realizada para a subescala A (acerca do indivíduo = EU) e subescala B (acerca do parceiro e atividade sexual). Face à primeira, verificou-se um efeito da doença no índice de satisfação sexual, $F(2, 81) = 14,44$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,26$, um efeito da covariável idade, $F(1, 81) = 21,29$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,21$ e ausência de efeito do sexo, $F(1, 81) = 1,71$, $p = > 0,05$.

O motivo de internamento (AVC, LM, TCE, ou outra condição) mostrou um efeito significativo sobre a satisfação sexual geral, $F(3,103) = 6,14$, $p < .001$, $\eta^2 = 0,15$. Esse resultado indica que a variável "motivo de internamento" explica 15% da variação na satisfação sexual entre os grupos. A análise das médias marginais estimadas (EMM) sugere que doentes com lesão medular (LM) relatam a menor satisfação sexual (EMM = 1,95, SE = 0,17), enquanto aqueles com outras condições relataram a maior satisfação sexual (EMM = 2,89, SE = 0,19).

De forma a testar se os participantes tinham interesse no protocolo de avaliação e posterior intervenção psicológica de forma distinta considerando a sua doença, o seu sexo e a sua escolaridade, realizou-se um teste de Chi Quadrado. A análise não relevou diferenças face à abertura para adesão ao protocolo de avaliação e intervenção

psicológica, quer em termos do motivo da doença, quer em termos sexo, e escolaridade, valor é $\chi^2(6) = 8.69$, $p > 0,05$, $\chi^2(2) = 2.12$, $p > 0,05$ e $\chi^2(14) = 14.89$, $p > 0,05$, respetivamente (cf. Quadro 8).

Quadro 8

Tabela de contingência que cruza disponibilidade para intervenção psicológica com doença. Sexo e escolaridade

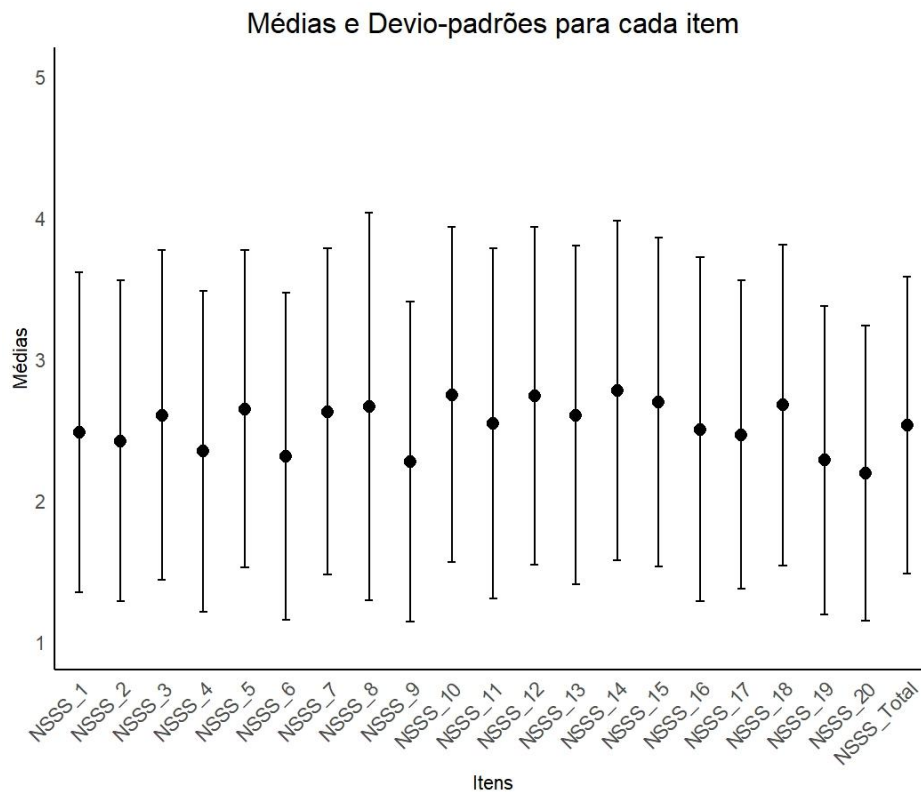
	Gostaria de ter intervenção psicológica?		
	Sim, durante o internamento	Sim, depois do internamento	Não
<i>Doença</i>			
AVC	12	14	9
LM	10	13	6
TCE	10	10	3
“Outras”	7	5	11
<i>Sexo</i>			
Feminino	10	15	9
Masculino	29	26	20
<i>Escolaridade</i>			
Escola Primária (1º à 4ª classe)	17	12	10
Ensino Preparatório (5º e 6º Ano)	3	2	4
Ensino Básico (7º ao 9º ano)	4	11	5
Secundário (10º ao 12.º Ano)	10	10	3
1º Ciclo do ensino Superior/ Licenciatura	4	6	5
2º Ciclo do ensino Superior/ Mestrado	0	1	0
3º Ciclo do Ensino / Doutoramento	0	0	1
Sem frequência escolar	1	0	0

Os resultados apresentados nos gráficos (Figura 5 e Figura 5) mostram uma visão das diferenças nas respostas à Escala NSSS (Pechorro et al.,2015), entre os diferentes grupos de doentes.

A análise mostra variações na satisfação sexual (Figura 5), com médias menores em itens relacionados com funcionamento físico e emocional, como "intensidade da excitação sexual" (item 1) e "frequência dos orgasmos" (item 9). Por outro lado, itens como "à-vontade emocional durante o sexo" (item 7) e "prazer proporcionado ao parceiro" (item 10) exibiram médias ligeiramente mais elevadas, sugerindo que, apesar das limitações físicas, os aspetos emocionais ainda desempenham um papel importante na experiência sexual dos participantes.

Figura 5

Representação gráfica das médias e desvio-padrões da amostra ($N = 110$), por todos os itens.

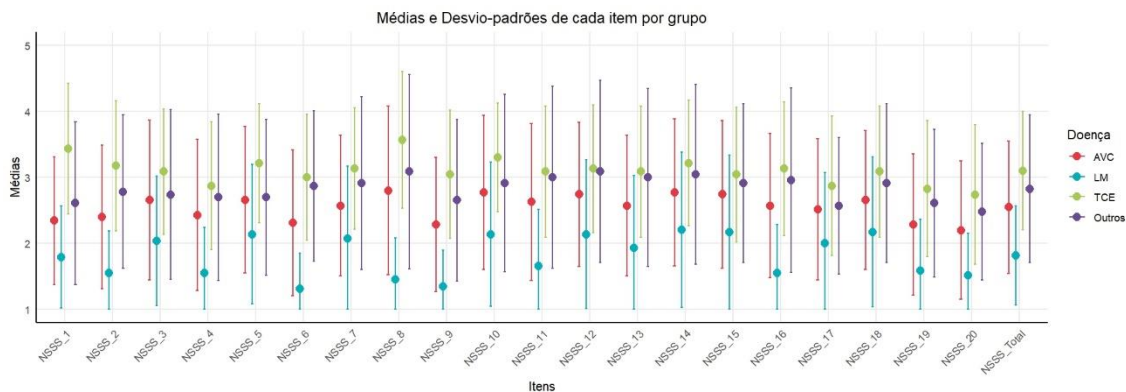


Observa-se na Figura 6 que os doentes com Lesão Medular (LM) revelam as menores médias em todos os itens avaliados, enquanto os doentes com traumatismo cranioencefálico (TCE) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) mostram pontuações intermediárias. Estes resultados confirmam as expectativas de que as condições físicas e neurológicas têm um impacto direto e diferenciado sobre a função e satisfação sexual. A maior variabilidade observada nos desvios-padrões reflete uma diferença individual significativa dentro de cada grupo, indicando que, mesmo dentro de um grupo

diagnóstico, as experiências sexuais podem variar amplamente.

Figura 6

Representação gráfica das médias e desvio-padrões da amostra (N = 110), por todos os itens e por motivos de internamento.



2.3. Discussão

O presente estudo explorou a satisfação sexual em indivíduos em contexto de reabilitação, com foco em três condições principais: Acidente Vascular Cerebral, Lesão Medular e Traumatismo Cranioencefálico. Para a recolha de dados foi feita através da Nova Escala de Satisfação Sexual (NSSS; Pechorro et al., 2015), permitiu apontar e discernir distinções relevantes no que diz respeito à satisfação sexual entre esses grupos em estudo, reafirmando a literatura que correlaciona condições de saúde neurológicas a um efeito prejudicial na sexualidade (Garrett, 2012; Esmail et al., 2001).

Os resultados deste estudo indicam que a satisfação sexual geral da amostra na sua totalidade é, em média, moderada a baixa, em especial na amostra Lesão Medular.

O grupo Lesão Medular exhibe a menor satisfação sexual, com uma média consideravelmente baixa, sobretudo nas dimensões relativas ao desempenho físico e excitação sexual. Estes resultados sustentam largamente, que enfatiza a expressiva incidência de disfunção erétil nos homens e os problemas de lubrificação vaginal nas mulheres com Lesão Medular (Krassioukov & Elliot, 2017). O comprometimento sensorial e das funções motoras fruto da lesão interfere de forma direta nas funções corporais que coordenam e controlam a excitação sexual, interferindo nas fisiológicas sexuais automáticas, como a lubrificação e a ereção, que estão dependentes diretamente da integridade do sistema nervoso (Krassioukov & Elliot, 2017).

O corte do mecanismo neurológico não interfere unicamente a resposta física, mas

também interfere na forma como as sensações eróticas são sentidas, frequentemente culminando em experiências sexuais de menor intensidade ou pouco satisfatórias. Estes doentes descrevem sensibilidade da área genital diminuída, fator que pode diminuir o prazer sexual e induzir frustração no decorrer das interações sexuais (Garrett, 2012). A ausência de controlo de determinadas áreas do corpo e o comprometimento da sensibilidade afeta de forma direta na resposta sexual completa, criando barreiras significativas para o envolvimento e o prazer sexual.

Adicionalmente às limitações físicas, é relevante destacar que fatores do foro psicológicos como a depressão, a ansiedade e a baixa autoestima habitualmente exacerbam a insatisfação sexual de indivíduos acometidos por lesão medular. A literatura sublinha que a alteração da imagem corporal alterada percebida e o declínio das capacidades físicas podem influenciar adversamente a autoestima, dificultando que estes indivíduos com Lesão Medular se percebam e se sintam sexualmente desejáveis ou seguros nas suas aptidões para satisfazer um parceiro (Barrett et al., 2023). A insatisfação sexual revela-se uma questão complexa e multifatorial que deve abarcar desde os desafios físicos e emocionais, que requerem uma intervenção holística integrada.

Os resultados deste estudo enfatizam a relevância e necessidade da combinação de intervenção e abordagem multidisciplinar, atendendo de igual forma os aspetos físicos e emocionais na reabilitação sexual dos doentes com Lesão Medular. Os planos de intervenção terapêuticos devem incorporar a abordagem à disfunção erétil ou lubrificação, como o uso de dispositivos auxiliares, técnicas de estimulação e terapias hormonais além que devem contemplar apoio psicológico de forma contínua com o objetivo de auxiliar os indivíduos a gerir as alterações na imagem corporal e a fomentar e desenvolver uma sexualidade positiva e adaptada (Alexander et al., 2018). Para otimizar a satisfação sexual e a qualidade de vida dos doentes os planos de intervenção terapêuticos de reabilitação sexual, devem incluir os parceiros dos doentes, promovendo uma comunicação aberta e de estratégias que favoreçam a maximização do seu potencial (Forsythe & Horsewell, 2006).

Uma satisfação sexual relativamente mais elevada, apresentaram os participantes com Traumatismo Cranioencefálico, comparado aos demais grupos este evidencia uma preservação mais acentuada, contudo apresentam dificuldades significativas nos domínios emocionais e comportamentais da sexualidade.

De forma frequente, como demonstra a literatura, lesões no lobo frontal relacionadas com

o Traumatismo Cranioencefálico, podem desencadear mudanças significativas no comportamento sexual, que envolvem mais do que a disfunção física. As lesões comprometem áreas do cérebro que regulam o comportamento social, emocional e sexual, causando uma redução do desejo sexual, assim como uma significativa desregulação emocional (Fraser et al., 2020). Tais alterações nas funções podem provocar comportamentos inapropriados ou desinibidos, aumentando a dificuldade para os indivíduos desta população preservar relações íntimas saudáveis e satisfatórias (Bezeau et al., 2004).

Os participantes com Traumatismo Cranioencefálico no presente estudo apresentam dificuldades relevantes relacionadas com a excitação sexual e a concentração durante a atividade sexual, o que é coerente com investigações anteriores que demonstram que frequentemente apresentam um declínio no interesse sexual e se debatem com dificuldades para estabelecer uma ligação emocional no ato sexual (Garrett, 2012). Tal situação pode ser decorrente das alterações e das dificuldades no processamento cognitivo, que compromete a aptidão de concentrar nas sensações e emoções no decurso das relações sexuais, contribuindo para uma menor satisfação na experiência sexual. Adicionalmente, a desregulação emocional vinculada às lesões no lobo frontal pode criar um aumento da irritabilidade e da frustração no decorrer na relação sexual, impactando negativamente a resposta sexual e a sua satisfação (Fraser et al., 2020).

Assumem um papel relevante, também, os aspectos psicossociais que são relatadas por este grupo de doentes. Na ausência de intervenção terapêutica adequada as consequências, do Traumatismo Cranioencefálico, no funcionamento das relações, a ansiedade associada à performance sexual, as limitações na comunicação das necessidades sexuais podem intensificar mais os problemas emocionais e cognitivos, instalando um padrão de descontentamento que é difícil de interromper (Sander et al., 2013).

Desta forma, os resultados do presente estudo endossam a demanda de intervenções multidisciplinares que considerem tanto os aspetos cognitivos quanto os emocionais no processo de reabilitação incluindo o tratamento das disfunções sexuais. A estratégia de intervenção de integrar além do doente deve estender-se ao parceiro, para otimizar a comunicação, a compreensão e empatia recíproca e a capacidade de ambos aprenderem a gerir e lidarem com as mudanças na dinâmica sexual (Fraser et al., 2020).

O grupo de indivíduos em estudo com AVC apontam uma satisfação sexual intermedia,

o que indica que, apesar de lidarem com desafios na sexualidade, as limitações e desafios observados estão maioritariamente vinculadas a questões emocionais e psicológicas, como por exemplo, preocupação com a possibilidade de um novo AVC e a depressão, mais do que com comprometimento motor, como indicado por Antunes et al. (2022). Quando em comparação com os restantes grupos, os doentes com AVC apresentaram satisfação sexual mais elevada, particularmente nas interações com o parceiro, subentende-se assim, que as estratégias interventivas que priorizem as características emocionais e psicológicas podem ser especialmente benéficas nesta população (Antunes et al., 2022).

Novamente, os resultados enfatizam a importância de uma abordagem integrada à reabilitação que inclua a sexualidade, que respeite as necessidades individuais de cada doente. O efeito da situação neurológica na sexualidade é elaborado e multidimensional, requerendo abordagens multidisciplinares que englobem quer as questões físicas (disfunção erétil, por exemplo) quer as questões de ordem psicossociais (autoestima e comunicação entre parceiros) (Esmail et al., 2001). Adicionalmente, a introdução de variáveis como idade e gênero nas análises sugeriu que essas variáveis não influenciaram nas dimensões da satisfação sexual, mas a variável idade mostrou diferenças significativas entre grupos, o que sublinha a relevância de adequar as intervenções com base nas necessidades e características individuais.

Os resultados obtidos apresentam evidências de que as condições neurológicas têm um pacto direto na satisfação sexual, mais notoriamente nos doentes acometidos com Lesão Medular, evidenciando uma satisfação sexual especialmente reduzida. Estes resultados estão em consonância com a literatura que demonstra que as restrições motoras e a ausência de sensibilidade física como variáveis que interferem severamente na resposta sexual, principalmente no que concerne à excitação e ao orgasmo (Krassioukov & Elliot, 2017; Esmail et al., 2001). Por sua vez, indivíduos que sofreram Traumatismo Cranioencefálico também revelam desafios consideráveis, sobretudo no que diz respeito à excitação e à entrega ao prazer (Fraser et al., 2020), com mais dificuldade associadas à concentração na atividade sexual e à qualidade dos orgasmos.

Em suma, destacam-se destes resultados a pertinência de soluções multidisciplinares e adaptadas na reabilitação sexual para indivíduos acometidos por distintos quadros neurológicos e estender o processo de reabilitação ao parceiro e a disponibilidade de apoio psicológico contínuo, são medidas que podem desempenhar um papel essencial para

melhorar a vida sexual e a qualidade de vida em geral (Reis et al., 2021). Os resultados também apontam que os métodos interventivos necessitam contemplar as diferenças individuais para abordar mais eficazmente as demandas de cada doente. O presente estudo explorou a satisfação sexual em indivíduos em contexto de reabilitação, com foco em três condições principais: Acidente Vascular Cerebral, Lesão Medular e Traumatismo Cranioencefálico. Para a recolha de dados foi feita através da Nova Escala de Satisfação Sexual (NSSS)(Pechorro et al., 2015). permitiu apontar e discernir distinções relevantes no que diz respeito à satisfação sexual entre esses grupos em estudo, reafirmando a literatura que correlaciona condições de saúde neurológicas a um efeito prejudicial na sexualidade (Garrett, 2012; Esmail et al., 2001).

Os resultados deste estudo indicam que a satisfação sexual geral da amostra na sua totalidade é, em média, moderada a baixa, em especial na amostra Lesão Medular.

O grupo Lesão Medular exhibe a menor satisfação sexual, com uma média consideravelmente baixa, sobretudo nas dimensões relativas ao desempenho físico e excitação sexual. Estes resultados sustentam largamente, que enfatiza a expressiva incidência de disfunção erétil nos homens e os problemas de lubrificação vaginal nas mulheres com Lesão Medular (Krassioukov & Elliot, 2017). O comprometimento sensorial e das funções motoras fruto da lesão interfere de forma direta nas funções corporais que coordenam e controlam a excitação sexual, interferindo nas fisiológicas sexuais automáticas, como a lubrificação e a ereção, que estão dependentes diretamente da integridade do sistema nervoso (Krassioukov & Elliot, 2017).

O corte do mecanismo neurológico não interfere unicamente a resposta física, mas também interfere na forma como as sensações eróticas são sentidas, frequentemente culminando em experiências sexuais de menor intensidade ou pouco satisfatórias. Estes doentes descrevem sensibilidade da área genital diminuída, fator que pode diminuir o prazer sexual e induzir frustração no decorrer das interações sexuais (Garrett, 2012). A ausência de controlo de determinadas áreas do corpo e o comprometimento da sensibilidade afeta de forma direta na resposta sexual completa, criando barreiras significativas para o envolvimento e o prazer sexual.

Adicionalmente às limitações físicas, é relevante destacar que fatores do foro psicológicos como a depressão, a ansiedade e a baixa autoestima habitualmente exacerbam a insatisfação sexual de indivíduos acometidos por lesão medular. A literatura sublinha que a alteração da imagem corporal alterada percebida e o declínio das capacidades físicas

podem influenciar adversamente a autoestima, dificultando que estes indivíduos com Lesão Medular se percebam e se sintam sexualmente desejáveis ou seguros nas suas aptidões para satisfazer um parceiro (Barrett et al., 2023). A insatisfação sexual revela-se uma questão complexa e multifatorial que deve abarcar desde os desafios físicos e emocionais, que requerem uma intervenção holística integrada.

Os resultados deste estudo enfatizam a relevância e necessidade da combinação de intervenção e abordagem multidisciplinar, atendendo de igual forma os aspetos físicos e emocionais na reabilitação sexual dos doentes com Lesão Medular. Os planos de intervenção terapêuticos devem incorporar a abordagem à disfunção erétil ou lubrificação, como o uso de dispositivos auxiliares, técnicas de estimulação e terapias hormonais além que devem contemplar apoio psicológico de forma contínua com o objetivo de auxiliar os indivíduos a gerir as alterações na imagem corporal e a fomentar e desenvolver uma sexualidade positiva e adaptada (Alexander et al., 2018). Para otimizar a satisfação sexual e a qualidade de vida dos doentes os planos de intervenção terapêuticos de reabilitação sexual, devem incluir os parceiros dos doentes, promovendo uma comunicação aberta e de estratégias que favoreçam a maximização do seu potencial (Forsythe & Horsewell, 2006).

Uma satisfação sexual relativamente mais elevada, apresentaram os participantes com Traumatismo Cranioencefálico, comparado aos demais grupos este evidencia uma preservação mais acentuada, contudo apresentam dificuldades significativas nos domínios emocionais e comportamentais da sexualidade.

De forma frequente, como demonstra a literatura, lesões no lobo frontal relacionadas com o Traumatismo Cranioencefálico, podem desencadear mudanças significativas no comportamento sexual, que envolvem mais do que a disfunção física. As lesões comprometem áreas do cérebro que regulam o comportamento social, emocional e sexual, causando uma redução do desejo sexual, assim como uma significativa desregulação emocional (Fraser et al., 2020). Tais alterações nas funções podem provocar comportamentos inapropriados ou desinibidos, aumentando a dificuldade para os indivíduos desta população preservar relações íntimas saudáveis e satisfatórias (Bezeau et al., 2004).

Os participantes com Traumatismo Cranioencefálico no presente estudo apresentam dificuldades relevantes relacionadas com a excitação sexual e a concentração durante a atividade sexual, o que é coerente com investigações anteriores que demonstram que

frequentemente apresentam um declínio no interesse sexual e se debatem com dificuldades para estabelecer uma ligação emocional no ato sexual (Garrett, 2012). Tal situação pode ser decorrente das alterações e das dificuldades no processamento cognitivo, que compromete a aptidão de concentrar nas sensações e emoções no decurso das relações sexuais, contribuindo para uma menor satisfação na experiência sexual. Adicionalmente, a desregulação emocional vinculada às lesões no lobo frontal pode criar um aumento da irritabilidade e da frustração no decorrer na relação sexual, impactando negativamente a resposta sexual e a sua satisfação (Fraser et al., 2020).

Assumem um papel relevante, também, os aspetos psicossociais que são relatadas por este grupo de doentes. Na ausência de intervenção terapêutica adequada as consequências, do Traumatismo Cranioencefálico, no funcionamento das relações, a ansiedade associada à performance sexual, as limitações na comunicação das necessidades sexuais podem intensificar mais os problemas emocionais e cognitivos, instalando um padrão de descontentamento que é difícil de interromper (Sander et al., 2013).

Desta forma, os resultados do presente estudo endossam a demanda de intervenções multidisciplinares que considerem tanto os aspetos cognitivos quanto os emocionais no processo de reabilitação incluindo o tratamento das disfunções sexuais. A estratégia de intervenção de integrar além do doente deve estender-se ao parceiro, para otimizar a comunicação, a compreensão e empatia recíproca e a capacidade de ambos aprenderem a gerir e lidarem com as mudanças na dinâmica sexual (Fraser et al., 2020).

O grupo de indivíduos em estudo com AVC apontam uma satisfação sexual intermedia, o que indica que, apesar de lidarem com desafios na sexualidade, as limitações e desafios observados estão maioritariamente vinculadas a questões emocionais e psicológicas, como por exemplo, preocupação com a possibilidade de um novo AVC e a depressão, mais do que com comprometimento motor, como indicado por Antunes et al. (2022). Quando em comparação com os restantes grupos, os doentes com AVC apresentaram satisfação sexual mais elevada, particularmente nas interações com o parceiro, subentende-se assim, que as estratégias interventivas que priorizem as características emocionais e psicológicas podem ser especialmente benéficas nesta população (Antunes et al., 2022).

Novamente, os resultados enfatizam a importância de uma abordagem integrada à reabilitação que inclua a sexualidade, que respeite as necessidades individuais de cada

doente. O efeito da situação neurológica na sexualidade é elaborado e multidimensional, requerendo abordagens multidisciplinares que englobem quer as questões físicas (disfunção erétil, por exemplo) quer as questões de ordem psicossociais (autoestima e comunicação entre parceiros) (Esmail et al., 2001). Adicionalmente, a introdução de variáveis como idade e gênero nas análises sugeriu que essas variáveis não influenciaram nas dimensões da satisfação sexual, mas a variável idade mostrou diferenças significativas entre grupos, o que sublinha a relevância de adequar as intervenções com base nas necessidades e características individuais.

Os resultados obtidos apresentam evidências de que as condições neurológicas têm um pacto direto na satisfação sexual, mais notoriamente nos doentes acometidos com Lesão Medular, evidenciando uma satisfação sexual especialmente reduzida. Estes resultados estão em consonância com a literatura que demonstra que as restrições motoras e a ausência de sensibilidade física como variáveis que interferem severamente na resposta sexual, principalmente no que concerne à excitação e ao orgasmo (Krassioukov & Elliot, 2017; Esmail et al., 2001). Por sua vez, indivíduos que sofreram Traumatismo Cranioencefálico também revelam desafios consideráveis, sobretudo no que diz respeito à excitação e à entrega ao prazer (Fraser et al., 2020), com mais dificuldade associadas à concentração na atividade sexual e à qualidade dos orgasmos.

Em suma, destacam-se destes resultados a pertinência de soluções multidisciplinares e adaptadas na reabilitação sexual para indivíduos acometidos por distintos quadros neurológicos e estender o processo de reabilitação ao parceiro e a disponibilidade de apoio psicológico contínuo, são medidas que podem desempenhar um papel essencial para melhorar a vida sexual e a qualidade de vida em geral (Reis et al., 2021). Os resultados também apontam que os métodos interventivos necessitam contemplar as diferenças individuais para abordar mais eficazmente as demandas de cada doente.

3. CONCLUSÕES

Com base nos resultados do presente estudo é possível inferir que o quadro clínico e a idade devem ser tidos em atenção ao explorar o tema da satisfação sexual nos doentes com patologias graves. A inexistência de uma variação significativa do sexo aponta que as intervenções podem ser eficazes de forma equivalente para homens e mulheres.

Por conseguinte, a elaboração de programas de reabilitação sexual que respondam às necessidades próprias de cada grupo é de suma importância, com especial ênfase na população com lesão medular.

Este estudo realça a importância da saúde sexual nos contextos de reabilitação dos doentes acometidos com Acidente Vascular Cerebral, Lesão Medular e Traumatismo Cranioencefálico.

As evidências destes resultados revelam que as condições dos variados quadros neurológicos afetam de forma impactante a satisfação sexual, com a lesão medular revelando o maior impacto negativo entre as condições, subsequentemente o traumatismo cranioencefálico e o AVC.

Os resultados obtidos estão em consonância com a literatura existente, que reconhece o prejuízo físico, emocional e psicológico como os fatores primordiais que influenciam na disfunção sexual de doentes neurológicos (Fraser et al., 2020; Krassioukov & Elliot, 2017).

A contribuição mais relevante deste estudo é a evidência de que a saúde sexual deve ser incorporada como um elemento crucial nos programas de reabilitação multidisciplinar. A sexualidade deve ser abordada de forma abrangente, contemplando a educação sexual, apoio psicológico e a fomentação de um diálogo aberto entre os envolvidos. Os protocolos de reabilitação devem ser moldados de acordo com as necessidades específicas de cada condição neurológica, com o objetivo de promover o bem-estar físico e emocional dos indivíduos (Reis et al., 2021).

Os resultados apresentados pelo grupo com lesão medular, satisfação sexual significativamente baixa quando comparado com os restantes grupos, evidenciam a importância de uma avaliação e intervenção sistemática nas questões de saúde sexual, assegurando que as intervenções promovam não apenas a recuperação funcional, mas

também atendam às necessidades emocionais e fisiológicas dos doentes (Garrett, 2012).

Em suma, este estudo proporciona uma compreensão importante fornecendo insights sobre a satisfação sexual de uma população clínica com variados quadros patológicos, configurando-se uma área de interesse para os profissionais de saúde. Demonstrando a importância de futuras colaborações entre as Ciências da Saúde e as Ciências Sociais, com o propósito de desenvolver estratégias de reabilitação sexual mais integradas e eficazes.

A investigação da satisfação sexual nestas populações clínicas, são desejáveis e devem prosseguir, para explorar o impacto na sexualidade em diversas fases da doença. Psicólogos, sexólogos, ginecologistas e neurologistas devem ser parte integrante da equipa multidisciplinar de reabilitação a fim de se criar uma terapia farmacológica/comportamental específica que esteja vinculada ao programa de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, M. S., New, P. W., Biering-Sørensen, F., Courtois, F., Popolo, G. D., Elliott, S., Kiekens, C., Vogel, L., & Previnaire, J. G. (2017). International spinal cord injury male sexual function and female sexual and reproductive function basic data sets-version 2.0. *Spinal Cord Series and Cases*, 3, 17050. <https://doi.org/10.1038/scsandc.2017.50>
- Alexander, M., Courtois, F., Elliott, S., & Tepper, M. (2018). Improving Sexual Satisfaction in Persons with Spinal Cord Injuries: Collective Wisdom. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 23(1), 57–70. <https://doi.org/10.1310/sci2301-57>
- Annon, J. S. (1976). The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/01614576.1976.11074483>
- Antunes, D., Nascimento, E. M. F., Brickley, G., Fischer, G., & de Lucas, R. D. (2022). Determination of the speed-time relationship during handcycling in spinal cord injured athletes. *Research in Sports Medicine*, 30(3), 256–263. <https://doi.org/10.1080/15438627.2021.1888097>
- Araújo, A. P. S. de, Silva, P. C. F. da, Moreira, R. C. P. S. e, & Bonilha, S. de F. (2009). Prevalência dos factores de risco em pacientes com acidente vascular cerebral encefálico atendidos no setor de neurologia da clínica de fisioterapia da. *Arquivos De Ciências Da Saúde Da UNIPAR*, 12(1). Recuperado de <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/2226>
- Bampi, L. N. D. S., Guilhem, D., & Lima, D. D. (2008). Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11, 67-77. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000100006>
- Barrett, O. E. C., Mattacola, E., & Finlay, K. A. (2023). "You feel a bit unsexy sometimes": The psychosocial impact of a spinal cord injury on sexual function and sexual satisfaction. *Spinal Cord*, 61(1), 51–56. <https://doi.org/10.1038/s41393-022-00858-y>
- Bezeau, S. C., Bogod, N. M., & Mateer, C. A. (2004). Sexually intrusive behaviour following brain injury: approaches to assessment and rehabilitation. *Brain Injury*, 18(3), 299–313. <https://doi.org/10.1080/02699050310001617398>
- Cardoso, J. (2003). Reabilitação sexual pós-deficiência física: um modelo multidimensional. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 37, 5-10.
- Coelho, R. M. A. (2010). *Determinantes da capacidade funcional do doente após acidente vascular cerebral*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politecnico de Viseu]. <http://hdl.handle.net/10400.19/1669>
- Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. Lisboa: Lidel.

- Contrada, M., Cerasa, A., Pucci, C., Ciancarelli, I., Pioggia, G., Tonin, P., & Calabrò, R. S. (2023). Talking about Sexuality in Stroke Individuals: The New Era of Sexual Rehabilitation. *Journal of Clinical Medicine*, 12(12), 3988. <https://doi.org/10.3390/jcm12123988>
- Correia, M., Silva, M. R., Matos, I., Magalhães, R., Lopes, J. C., Ferro, J. M., & Silva, M. C. (2004). Prospective community-based study of stroke in Northern Portugal: incidence and case fatality in rural and urban populations. *Stroke*, 35(9), 2048–2053. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000137606.34301.13>
- Correia, M., Silva, M. R., Magalhães, R., Guimarães, L., & Silva, M. C. (2006). Transient ischemic attacks in rural and urban northern Portugal: incidence and short-term prognosis. *Stroke*, 37(1), 50–55. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000195209.26543.8f>
- Corrigan, M. L., Escuro A. A., & Kirby D. F. (2013). *Handbook of Clinical Nutrition and Stroke. Nutrition and Health*. 3ª ed. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação. <https://doi.org/10.1007/978-1-62703-380-0>
- Dantas, M., & Matos, J. (2002). *Guia do Deficiente*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Dawodu, S. T. (2021, 09/08). *Traumatic Brain Injury (TBI) - Definition, Epidemiology, Pathophysiology: Overview, Epidemiology, Primary Injury*. Medscape. <https://emedicine.medscape.com/article/326510-overview#a1>
- Ding, W., Hu, S., Wang, P., Kang, H., Peng, R., Dong, Y., & Li, F. (2022). Spinal Cord Injury: The Global Incidence, Prevalence, and Disability From the Global Burden of Disease Study 2019. *Spine*, 47(21), 1532–1540. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000004417>
- Elkind, M. S., Sciacca, R., Boden-Albala, B., Rundek, T., Paik, M. C., & Sacco, R. L. (2006). Moderate alcohol consumption reduces risk of ischemic stroke: the Northern Manhattan Study. *Stroke*, 37(1), 13–19. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000195048.86810.5b>
- Elkind, M. S., & Cole, J. W. (2006). Do common infections cause stroke?. *Seminars in Neurology*, 26(1), 88–99. <https://doi.org/10.1055/s-2006-933312>
- Esmail, S., Esmail, Y., & Munro, B. (2001). Sexuality and disability: The role of health care professionals in providing options and alternatives for couples. *Sexuality and Disability*, 19(4), 267–282. <https://doi.org/10.1023/A:1017905425599>
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., Murray, C. J., & Comparative Risk Assessment Collaborating Group (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet (London, England)*, 360(9343), 1347–1360. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11403-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11403-6)
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., & Murray, C. J. L. (Eds.). (2004). *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva: World Health Organization.
- Ford, J. V., Corona-Vargas, E., Cruz, M., Fortenberry, J. D., Kismodi, E., Philpott, A., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2022). The World Association for Sexual Health's Declaration on Sexual Pleasure: A Technical Guide. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 612–642. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.2023718>
- Forsythe, E., & Horsewell, J. E. (2006). Sexual rehabilitation of women with a spinal cord injury. *Spinal cord*, 44(4), 234–241. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101844>

- Fraser, E. E., Downing, M. G., & Ponsford, J. L. (2020). Understanding the Multidimensional Nature of Sexuality After Traumatic Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(12), 2080–2086. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.06.028>
- Garrett, A., & Teixeira, Z. (2006). A utilização do modelo PLISSIT na abordagem da sexualidade do lesionado vértebro-medular por trauma. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 3, 237-244.
- Garrett, A. (2012). Questões de Ordem Sexual: Análise Qualitativa das Dúvidas Após uma Lesão Medular [Sexual issues: a qualitative analysis of the doubts after a spinal cord injury]. *Acta medica portuguesa*, 25(1), 15–19.
- Goldstein, L. B., Adams, R., Alberts, M. J., Appel, L. J., Brass, L. M., Bushnell, C. D., Culebras, A., Degraha, T. J., Gorelick, P. B., Guyton, J. R., Hart, R. G., Howard, G., Kelly-Hayes, M., Nixon, J. V., Sacco, R. L., (2006). Primary Prevention of Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: Cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke*, 37(6), 1583–1633. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000223048.70103.F1>
- Gomes, J., Wachsman, A. M., & Corrigan, M. L. (2013). *Handbook of Clinical Nutrition and Stroke*. New Jersey: Humana Totowa. <https://doi.org/10.1007/978-1-62703-380-0>
- Grenier-Genest, A., Gérard, M., & Courtois, F. (2017). Stroke and sexual functioning: A literature review. *NeuroRehabilitation*, 41(2), 293–315. <https://doi.org/10.3233/NRE-001481>
- Hankey G. J. (2006). Potential new risk factors for ischemic stroke: what is their potential?. *Stroke*, 37(8), 2181–2188. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000229883.72010.e4>
- Harwood, R. H., Huez, F., & Good, D. (2023). *Stroke Care: A Practical Manual*, 3 edn, Oxford: Oxford Academic, <https://doi.org/10.1093/med/9780198796565.001.0001>.
- Hess, M. J., & Hough, S. (2012). Impact of spinal cord injury on sexuality: broad-based clinical practice intervention and practical application. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 35(4), 211–218. <https://doi.org/10.1179/2045772312Y.0000000025>
- Ireland, B., Pabdani, R. N., Heck, M., Mudholkar, A., & Verdonck, M. (2024). Sex-positive sexuality post-spinal cord injury: A systematic review and qualitative metasynthesis. *Rehabilitation Psychology*, <https://doi.org/10.1037/rep0000573>
- Katan, M., & Luft, A. (2018). Global Burden of Stroke. *Seminars in Neurology*, 38(2), 208–211. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1649503>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2^a ed.). London: Guilford Press.

- Korpelainen, J. T., Nieminen, P., & Myllylä, V. V. (2014). Sexual functioning among stroke patients and their spouses. *Stroke*, 30(4), 715-719. <https://doi.org/10.1007/s11195-018-9531-2> .
- Krassioukov, A., & Elliott, S. (2017). Neural Control and Physiology of Sexual Function: Effect of Spinal Cord Injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 23(1), 1–10. <https://doi.org/10.1310/sci2301-1>
- Lianza, S., Casalis, M. E., Greve, J. M. D. & Eichberg, R. (2001). *A lesão medular*. In: S. Lianza (Ed.). Medicina de reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 299-322.
- Maas, A. I. R., Menon, D. K., Manley, G. T., Abrams, M., Åkerlund, C., Andelic, N., Aries, M., Bashford, T., Bell, M. J., Bodien, Y. G., Brett, B. L., Büki, A., Chesnut, R. M., Citerio, G., Clark, D., Clasby, B., Cooper, D. J., Czeiter, E., Czosnyka, M., & Dams-O'Connor, K. (2022). Traumatic brain injury: progress and challenges in prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology*, 21(11), 1004–1060. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00309-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00309-X)
- Moreira, C. M., & Andrade, M. J. (2023). Lesões Medulares: Caracterização Epidemiológica da Última Década num Hospital de Agudos. *Revista da SPMFR*, 35, 36-42. <https://doi.org/10.25759/spmfr.299>
- NINDS. (2010, 08/02). *Stroke: Hope through research*. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. <https://www.ninds.nih.gov/stroke-hope-through-research>
- Nitrini R.; Bacheschi LA. (2015). *A neurologia que todo médico deve saber*. 3ª edição. São Paulo. Editora Atheneu. 2015.
- Oliveira, M. I. C. L. F. (2016). *Caracterização de Casos de Lesão Medular e a Sua Relação Com a Independência Funcional e Qualidade de Vida*. [Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.5/11951>
- OMS (2006). *WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEP wise approach to stroke surveillance*. Geneva: World Health Organization.
- OMS (2015). *Saúde sexual, direitos humanos e a lei*. Geneva: World Health Organization.
- Pechorro, P., Almeida, A.I., & Figueiredo, C.S. (2015). Validação portuguesa da Nova Escala de Satisfação Sexual (NSSS). *Revista Internacional de Andrologia*, 13(2), 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2014.10.003>
- Pereira, A. R. R., Dantas, D. S., & Torres, V. B. (2017). Associação entre função sexual, independência funcional e qualidade de vida em pacientes após acidente vascular encefálico. *Fisioterapia e Pesquisa*, 24(4), 420-426. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16964624042017>
- Pires, L., Gagliardi, J., & Gorzoni, L. (2004). Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 62(3), 844-851. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2004000500020>
- Portugal AVC. (2024, 09/02). *Sexualidade após AVC*. Portugal AVC. <https://www.portugalavc.pt/sexualidade-apos-avc>

- Raposo, S. C. R., & Magalhães, C. P. (2023). Perfil da pessoa vítima de traumatismo cranioencefálico atendido num serviço de urgência da região norte de Portugal. *Revista Servir*, 2, 1-15. <https://doi.org/10.48492/servir0206.31335>
- Rees, P. M., Fowler, C. J., & Maas, C. P. (2007). Sexual function in men and women with neurological disorders. *Lancet*, 369(9560), 512-25. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60238-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60238-4).
- Reis, B. M., da Silva, J. B., Rocha, A. P. R., Liebano, R. E., & Driusso, P. (2021). Intravaginal electrical stimulation associated with pelvic floor muscle training for women with stress urinary incontinence: study protocol for a randomized controlled trial with economic evaluation. *Trials*, 22(1), 823. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05781-w>
- Robert, H., Pichon, B., & Haddad, R. (2019). Disfunção Sexual Após Traumatismo Craniano: Revisão Sistemática da Literatura. *Progrès en Urologie*, 2019, 29, 529–543. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.002>
- Sacco, R. L., Elkind, M., Boden-Albala, B., Lin, I. F., Kargman, D. E., Hauser, W. A., Shea, S., & Paik, M. C. (1999). The protective effect of moderate alcohol consumption on ischemic stroke. *JAMA*, 281(1), 53–60. <https://doi.org/10.1001/jama.281.1.53>
- Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J., Culebras, A., & Vinters, H. V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 44(7), 2064-2089. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca>
- Santos, M. E., & Agrela, N. (2019). Traumatic brain injury in Portugal: Progress in incidence and mortality. *Brain Injury*, 33(12), 1552–1555. <https://doi.org/10.1080/02699052.2019.1658227>.
- Sander, A. M., Maestas, K. L., Nick, T. G., Pappadis, M. R., Hammond, F. M., Hanks, R. A., Ripley, D. L. (2013). Predictors of sexual functioning and satisfaction 1 year following traumatic brain injury: a TBI model systems multicenter study. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 28(3), 186-94. <https://doi.org/10.1097/HTR.0b013e31828b4f91>.
- Savoy, M., O'Gurek, D., & Brown-James, A. (2020). Sexual health history: techniques and tips. *American Family Physician*, 101(5), 286-293..
- Silver, J. M., McAllister, T. W., & Arciniegas, D. B. (Eds.). (2018). *Textbook of traumatic brain injury*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Sipski, M. L., & Behnegar, A. (2001). Neurogenic female sexual dysfunction: a review. *Clinical Autonomic Research*, 11(5), 279–283. <https://doi.org/10.1007/BF02332972>.
- Sipski, M. L. (2002). Central nervous system based neurogenic female sexual dysfunction: current status and future trends. *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 421–424. <https://doi.org/10.1023/a:1019840108325>.
- Stocchetti, N., & Zanier, E. R. (2016). Chronic impact of traumatic brain injury on outcome and quality of life: a narrative review. *Critical Care*, 20, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1318-1>.

- Straus, S. E., Majumdar, S. R., & McAlister, F. A. (2002). New evidence for stroke prevention: scientific review. *JAMA*, 288(11), 1388–1395. <https://doi.org/10.1001/jama.288.11.1388>.
- Stulhofer, A., Busko, V., & Brouillard, P. (2010). Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *Journal of Sex Research*, 47(4), 257–268. <https://doi.org/10.1080/00224490903100561>
- Tannouri, A. J. R. (2006). *Campanha de prevenção do AVC: doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis*. [Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina] <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/CC0435.pdf>.
- Taylor, B., & Davis, S. (2007). The extended PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 49-58. <https://doi.org/10.1007/s11195-007-9044-x>
- Vaz, M., & Coelho, M. M. A (2010). Sexualidade e a Lesão Vertebro-Medular. *Acta Urologica*, 27(2), 49-59.
- Wafa, H. A., Wolfe, C. D., Emmett, E., Roth, G. A., Johnson, C. O., & Wang, Y. (2020). Burden of stroke in Europe: thirty-year projections of incidence, prevalence, deaths, and disability-adjusted life years. *Stroke*, 51(8), 2418-2427. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.029606>
- World Association for Sexual Health (WAS). (1999). *Declaration of Sexual Rights*. 14th World Congress of Sexology, Roma: World Association for Sexology.
- World Association for Sexual Health. (2015). Declaration of sexual rights. https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2021/09/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014_b.pdf
- World Association for Sexual Health. (2008). Sexual health for the millennium: A declaration and technical document. <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/millennium-declaration-english.pdf>
- World Association for Sexual Health (2015). Declaration of sexual rights. https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2021/09/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014_b.pdf
- World Association for Sexual Health (2021). Declaration on sexual pleasure. <https://worldsexualhealth.net/resources/declaration-on-sexual-pleasure/>
- World Health Organization. (2002). *Promotion of sexual health: Recommendations for action*. Proceedings of a regional consultation convened by Pan American Health Organization (PAHO) and the World Health Organization (WHO) in collaboration with the World Association for Sexology (WAS). <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/42416/promotionsexualhealth.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Google Scholar]
- World Health Organization. (2004). Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/en/ [DOI] [PubMed]

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua=1

World Health Organization. (2010). *Developing sexual health programmes: A framework for action*.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf;jsessionid=CBF4AE4544A30BE890077A9BB5856ABF?sequence=1

ANEXOS

Anexo A. Questionário Saúde Sexual em contexto de Reabilitação

27/10/24, 15:36

Saúde Sexual em contexto de Reabilitação

Saúde Sexual em contexto de Reabilitação

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Fernando Pessoa, que se encontra a ser desenvolvida por mim, Dr.^a Marisa Lopes, sob orientação da Professora Doutora Isabel Silva, **pretende-se estudar a satisfação com a saúde sexual** da população adulta do CRN, (com 18 ou mais anos de idade).

Queremos conhecer realmente a forma como se sente neste domínio, pelo que a sua colaboração é para nós muito importante.

Por esta razão, pedimos-lhe que preencha o questionário que se segue.

Este questionário é constituído por três partes, sendo de resposta rápida:

1. Questões sociodemográficas
2. Satisfação Sexual
3. Interesse num protocolo de avaliação e posterior intervenção.

O questionário é anónimo, pelo que não lhe pedimos dados que o permitam identificar, e todas as respostas serão usadas apenas para estudo científico.

Agradecemos desde já a sua colaboração!

Para
eventuais esclarecimentos podem contactar: 2022103938@ufp.edu.pt

A equipa de
investigação:

Dr.ª Marisa Lopes

Orientadora: Professora Doutora Isabel Silva

Orientadora: Dr.ª Ana Rita Pacheco

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Concordo Participar neste estudo *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

2. Idade *

3. Sexo

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

27/10/24, 15:36

Saúde Sexual em contexto de Reabilitação

4. Nacionalidade

5. Estado civil

Marcar apenas uma oval.

Com companheiro (a)

Sem companheiro (a)

6. Escolaridade

Marcar tudo o que for aplicável.

- 1º Ciclo do Ensino Básico/ Escola Primária (1º à 4ª classe)
- 2º Ciclo do Ensino Básico/ Ensino Preparatório (5º e 6º Ano)
- 3º Ciclo do Ensino Básico (7º ao 9º Ano)
- Ensino Secundário (10º ao 12.º Ano)
- 1º Ciclo do ensino Superior/ Licenciatura
- 2º Ciclo do ensino Superior/ Mestrado
- 3º Ciclo do Ensino / Doutoramento
- Outra: _____

7. Qual foi o motivo de internamento no CRN?

Marcar apenas uma oval.

- Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Lesão Medular (LM)
- Traumatismo Crânioencefálico (TCE)
- Outra: _____

Nova Escala de Satisfação Sexual (NSSS; Pechorro P, et al., 2014)

Responda às seguintes questões tendo em conta todo o período depois do episódio de doença.

https://docs.google.com/forms/d/1kbOwRD8tcVyunq7hme_k3YgrcyR_ALbC9MvB_BQ_62Y/edit?no_redirect=true&pli=1#settings

3/10

8. A intensidade da minha excitação sexual

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

9. A qualidade dos meus orgasmos.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

10. A capacidade de me «soltar» e me entregar ao prazer sexual durante as relações.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

11. A minha capacidade de me concentrar na atividade sexual.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

27/10/24, 15:36

Saúde Sexual em contexto de Reabilitação

12. A forma como eu reajo sexualmente ao (à) meu (minha) parceiro (a)

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

13. O funcionamento sexual do meu corpo.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

14. O meu à-vontade emocional durante o sexo.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

15. O meu humor depois da atividade sexual.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

16. A frequência dos meus orgasmos.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

17. O prazer que eu proporciono ao meu(minha) parceiro(a) sexual.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

18. O equilíbrio entre o que eu dou e o que eu recebo durante o sexo.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

19. O à-vontade do(a) meu(minha) parceiro(a) durante o sexo.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

27/10/24, 15:36

Saúde Sexual em contexto de Reabilitação

20. A capacidade do(a) meu(minha) parceiro(a) em iniciar a atividade sexual.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

21. A capacidade do(a) meu(minha) parceiro(a) em ter orgasmos.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

22. A capacidade do(a) meu(minha) parceiro(a) se «soltar» e entregar ao prazer sexual.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

23. A forma como o(a) meu(minha) parceiro(a) satisfaz as minhas necessidades sexuais.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

24. A criatividade sexual do(a) meu(minha) parceiro(a).

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

25. A disponibilidade sexual do(a) meu(minha) parceiro(a).

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

26. A diversidade das minhas atividades sexuais.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

27. A frequência da minha atividade sexual.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Totalmente satisfeito

Avançar para a pergunta 28

Protocolo de avaliação e intervenção.

Assim como foi feita reabilitação em Fisioterapia, Terapia ocupacional e ou Terapia da Fala para recuperar a sua melhor forma, pense, no âmbito da Psicologia, na seguinte questão em relação à sua saúde sexual.

27/10/24, 15:36

Saúde Sexual em contexto de Reabilitação

28. Gostaria de ter avaliação e intervenção de saúde sexual durante ou depois do processo de reabilitação física?

Marcar apenas uma oval.

- Sim, durante.
- Sim, depois.
- Não
- Outra: _____

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários