

UNIVERSIDADE DO PORTO

FACULDADE DE CIÊNCIAS DO DESPORTO E DE EDUCAÇÃO FÍSICA

**INFLUÊNCIA DA ACTIVIDADE FÍSICA NA SEXUALIDADE DE
INDIVÍDUOS COM LESÃO VÉRTEBRO-MEDULAR**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências do Desporto, na especialidade de Actividade Física Adaptada (Decreto-Lei n.º 216/92, de 13 de Outubro).

Orientador: Prof. Doutor Jorge Cardoso

Co-Orientadora: Prof^ª. Doutora Maria Adília Silva

Ilídia Maria Barbosa Magalhães

Porto, 2005

FICHA DE CATALOGAÇÃO

Magalhães, I. M. B. (2005): Influência da actividade física na sexualidade de indivíduos com lesão vértebro-medular. Porto: FCDEF-UP.

Palavras-chave: LESÃO VÉRTEBRO-MEDULAR; SEXUALIDADE; ACTIVIDADE FÍSICA

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação não teria sido possível sem a colaboração de um apreciável número de pessoas que aqui quero publicamente agradecer.

Ao Professor Doutor Jorge Cardoso, que aceitou o desafio de orientar a presente dissertação, pelo seu considerável domínio científico. Agradeço sobretudo o seu debate de ideias que constituiu uma das suas marcas pessoais., permitindo moldar parte da auto-confiança nas minhas capacidades para concretizar tão árdua tarefa.

À Professora Doutora Adília Silva, co-orientadora desta dissertação, pela confiança depositada, e por todos os incentivos prestados no decorrer deste longo caminho não isento de obstáculos e riscos.

Ao Doutor Serafim de Carvalho, agradeço todos os esclarecimentos na fase inicial do trabalho, fundamentais para a sua estruturação. Para além disso, a sua disponibilidade para discutir, comentar e colaborar em tudo o que fosse necessário durante a realização da dissertação.

À Doutora Carla Paiva, colaboradora incansável desta dissertação, agradeço a cedência de todo o material teórico, assim como a disponibilidade que sempre apresentou para me receber.

À Mestre Liliana Pereira, pela preciosa ajuda no tratamento estatístico dos dados, o meu sincero obrigado pela sua atenção, paciência e prontidão.

À ANDDEMOT, Associação Nacional de Desporto para Deficientes Motores, agradeço a gentileza no fornecimento da listagem de associados, para posterior contacto dos atletas que participaram no estudo.

A todos os colegas fisioterapeutas e treinadores, que se prontificaram a colaborar no estudo tornando possível a recolha da amostra.

A todos os indivíduos com lesão vértebro-medular que voluntariamente e sem quaisquer contrapartidas, aceitaram perder algum do seu tempo para responder aos questionários, tornando só assim possível a concretização deste projecto.

À minha família e amigos, especialmente ao meu marido, que muito dedicaram do seu tempo a este trabalho, agradeço toda a compreensão e

ajuda nos momentos mais difíceis. A eles agradeço a força que me deram para nunca desistir.

A todos, o meu sincero Obrigada!

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	III
Índice Geral.....	V
Índice de Figura e Gráficos	VIII
Índice de Quadros	IX
Índice de Anexos.....	XII
Resumo.....	XIII
Abstract.....	XIV
Résumé.....	XV
Lista de Abreviaturas e Símbolos	XVI

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO	3
------------------	---

CAPÍTULO II

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. As Lesões Vértebro-Medulares

1.1 Conceito de lesão vértebro-medular (LVM)	9
1.2 Etiologia	12
1.3 Factores epidemiológicos	13
1.4 Aspectos clínicos da LVM	16
1.5 Complicações secundárias na LVM	17
1.6 Adaptação psicológica à LVM	24
1.7 Prognóstico	26

2. A Sexualidade

2.1 Sexualidade - Fundamentos básicos	27
2.2 Sexualidade no âmbito da pessoa com deficiência	29
2.3 Sexualidade e a LVM	34

3. A Actividade Física na LVM

3.1 Actividade física na deficiência	48
3.2 Efeitos da actividade física na pessoa com LVM	52
3.3 Efeitos da inactividade crónica na pessoa com LVM	62

CAPÍTULO III

OBJECTIVOS, QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E VARIÁVEIS EM ESTUDO

1. Objectivo Geral	67
2. Objectivos Específicos.....	67
3. Questões de investigação	68
4. Variáveis em estudo	69

CAPÍTULO IV

MATERIAL E MÉTODOS

1. Tipo de estudo	71
2. População e Amostra	72
2.1 Critérios de selecção da amostra	72
3. Instrumentos de Avaliação	73
3.1 Questionário sócio-demográfico	74
3.2 Índice de Barthel	74
3.3 Questionário de Personalidade de Eysenck	75
3.4 Inventário de Sintomas Psicopatológicos	76
3.5 Índice Internacional de Função Erétil	78
4. Procedimentos de Aplicação	79
5. Procedimentos Estatísticos	80
6. Discussão Metodológica	81

CAPÍTULO V

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Caracterização sócio-demográfica da amostra	85
2. Caracterização clínica da amostra	89
3. Actividade física	93
4. Sexualidade	95
5. Funcionalidade	105
6. Personalidade	107

7. Psicopatologia	110
CAPÍTULO VI	
CONCLUSÕES	116
CAPÍTULO VII	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
CAPÍTULO VIII	
ANEXOS	I
Anexo 1 – Classificação da <i>International Stoke Mandeville Wheelchair Sport Federation</i> , para os LVM	IV
Anexo 2 – Carta de apresentação do estudo aos participantes.....	VI
Anexo 3 – Questionário sócio-demográfico	VIII
Anexo 4 – Índice de Barthel ou Escala de Independência Funcional	XI
Anexo 5 – Questionário de Personalidade de Eysenck	XIII
Anexo 6 – Inventário de Sintomas Psicopatológicos	XVI
Anexo 7 – Índice Internacional de Função Erétil	XVIII

ÍNDICE DE FIGURA E GRÁFICOS

	PÁG.
Figura 1- Desenho do estudo.	71
Gráfico 1- Distribuição dos indivíduos da amostra em estudo pelas habilitações literárias.	87
Gráfico 2- Distribuição dos indivíduos da amostra pelas diversas causas da LVM.	91
Gráfico 3- Correlação entre o Índice de Barthel e o Índice Total de Funcionamento Sexual para o Grupo A.	107

ÍNDICE DE QUADROS

	PÁG.
Quadro 1- Resumo das características hormonais e metabólicas dos indivíduos com LVM, quando comparados com indivíduos saudáveis.	59
Quadro 2- Distribuição dos itens pelas sub-escalas do EPQ.	75
Quadro 3- Caracterização das diferentes dimensões do BSI e respectivos itens.	77
Quadro 4- Distribuição das questões pelas várias dimensões e respectiva pontuação do Índice Internacional de Função Erétil.	79
Quadro 5- Valores médios, mínimo, máximo e desvio padrão, dos grupos A e B relativamente à idade.	85
Quadro 6- Distribuição dos indivíduos dos Grupos A e B pelos grupos etários.	86
Quadro 7- Caracterização do estado civil nos grupos A e B da amostra em estudo.	86
Quadro 8- Distribuição dos indivíduos dos Grupos A e B pelas habilitações literárias.	88
Quadro 9- Caracterização da actividade profissional dos indivíduos do Grupo A e B após a LVM.	88
Quadro 10- Distribuição dos indivíduos do Grupo A e B pelas classes propostas pela IWBF para LVM.	90

	PÁG.
Quadro 11- Caracterização da extensão da lesão dos Grupos A e B.	90
Quadro 12- Caracterização das causas da lesão nos Grupos A e B.	92
Quadro 13- Valores médios, mínimo, máximo e desvio padrão do tempo decorrido após a LVM, para os Grupos A e B.	92
Quadro 14- Distribuição dos indivíduos do Grupo A e B pelos grupos de tempo de lesão ocorrido.	93
Quadro 15- Valores médios, mínimo, máximo e desvio padrão do tempo de prática de actividade física e sua frequência semanal, para o Grupo A.	94
Quadro 16- Motivos que levaram a não praticar actividade física os indivíduos do Grupo B.	95
Quadro 17- Valores médios e desvio padrão das dimensões do IIFE e as diferenças entre os Grupos A e B pelo teste t de Student.	96
Quadro 18- Teste U de Mann-Whitney para as diferenças das dimensões da sexualidade nos escalões etários, por grupo.	100
Quadro 19- Teste de Kruskal-Wallis para o estudo da sexualidade em função do estado civil.	101
Quadro 20- Teste de Kruskal-Wallis para o estudo da sexualidade em função das habilitações literárias.	102

	PÁG.
Quadro 21- Teste t-Student para comparação das dimensões da sexualidade em função da extensão da lesão.	103
Quadro 22- Teste U de Mann-Whitney para as dimensões da sexualidade nos diferentes grupos de tempo após lesão e sua diferença estatística.	104
Quadro 23- Distribuição dos indivíduos pelos diferentes níveis do Índice de Barthel segundo o grupo.	105
Quadro 24- Valores médios do Índice de Barthel nos Grupos A e B e respectivo valor <i>t</i> e sua significância.	106
Quadro 25- Valores médios e desvio padrão das sub-escalas do EPQ nos Grupos A e B.	108
Quadro 26- Valores das dimensões psicológicas do BSI nos Grupos A e B (valores médios, desvio padrão, valores de <i>t</i> de Student e de <i>p</i>).	110
Quadro 27- Coeficiente de correlação de Pearson entre o ITFS e o índice de Barthel, as dimensões da personalidade, o Índice geral de sintomas psicopatológicos e o índice de sintomas positivos, para o Grupo A.	112
Quadro 28- Coeficiente de correlação de Pearson entre o ITFS e o índice de Barthel, as dimensões da personalidade, o Índice geral de sintomas psicopatológicos e o índice de sintomas positivos, para o Grupo B.	113

ÍNDICE DE ANEXOS

	PÁG.
Anexo 1 – Classificação da <i>International Stoke Mandeville Wheelchair Sport Federation</i> , para os LVM	IV
Anexo 2 – Cartas de apresentação do estudo aos participantes	VI
Anexo 3 – Questionário sócio-demográfico	VIII
Anexo 4 – Índice de Barthel ou Escala de Independência Funcional	XI
Anexo 5 – Questionário de Personalidade de Eysenck	XIII
Anexo 6 – Inventário de Sintomas Psicopatológicos	XVI
Anexo 7 – Índice Internacional de Função Erétil	XVIII

RESUMO

As lesões vértebro-medulares originam um quadro clínico que produz alterações a nível motor, sensitivo e neurovegetativo, assumindo complexidade e gravidade variáveis. De entre as múltiplas consequências provocadas por este tipo de lesão, as alterações ao nível da sexualidade são frequentes e causam grande impacto na vida destes indivíduos.

A sexualidade é influenciada por factores orgânicos, psicológicos e sociais, que frequentemente causam um efeito prejudicial sobre o ajustamento sexual destes indivíduos.

No âmbito da actividade física, esta assume na vida dos lesionados vértebro-medulares extrema importância pelos benefícios que produz ao nível físico, psicológico e social, fundamentais para uma melhor qualidade de vida destas pessoas.

Assim sendo, constituiu-se objectivo principal deste estudo verificar se a prática de actividade física influencia as diversas dimensões da sexualidade em indivíduos que sofreram uma lesão vértebro-medular.

Para tal, fomos avaliar em 68 lesionados vértebro-medulares praticantes e não praticantes de actividade física regular, as dimensões da sexualidade através do Índice Internacional de Função Erétil.

Foram também avaliados o índice de funcionalidade, dimensões da personalidade e sintomas psicopatológicos no sentido de verificar a sua relação com a sexualidade.

Os resultados demonstraram que os indivíduos praticantes de actividade física apresentam melhores índices de funcionamento sexual que os não praticantes e que, para além das diferenças encontradas nas dimensões da sexualidade relativamente à idade, estado civil, habilitações literárias, extensão da lesão e tempo após a lesão, as mesmas se encontram relacionadas com a funcionalidade e a personalidade dos indivíduos, parecendo-nos também possível a influência da prática de actividade física regular.

PALAVRAS-CHAVE: LESÃO VÉRTEBRO-MEDULAR; SEXUALIDADE; ACTIVIDADE FÍSICA.

ABSTRACT

The spinal cord injury creates a clinical state that produces changes at a motor, sensitive and neurovegetative level, having different complexity and seriousness. From among the multiple consequences caused by this injury, the sexual changes are frequent and create a great impact in these individuals' life.

The sexuality is influenced by organic, psychology, and social factors which usually are harmful for these individuals' sexual adjustment.

Concerning the physical activity, this assumes great importance in the life of the spinal cord injured because of the benefits at the physical, psychological and social levels. These benefits are very important to their quality of life.

This way, it is the main purpose of this study to check if the practice of a physical activity interferes with the various dimensions of sexuality in individuals with a spinal cord injury.

For this purpose, we analysed in 68 spinal cord injured, practising or not a regular physical activity, the dimensions of sexuality through the International Index of Erectile Function.

It was also measured the functionality index, the personality dimensions and the psychopathological symptoms as to verify its relationship with sexuality.

The results showed that the individuals which practise a physical activity present better levels of sexual functioning than the ones who don't, beyond the differences found in the sexuality dimensions regarding the age, marital status, academic qualifications, extension of the injury and time after the injury. And these differences are also related to the functionality and personality of the individuals, seeming also possible to us the influence of the regular physical activity.

KEYWORDS: SPINAL CORD INJURY; SEXUALITY; PHYSICAL ACTIVITY.

RÉSUMÉ

Les lésions vertébro-médulaires mènent à un cadre clinique qui produit des modifications au niveau moteur, sensitif et neurovégétatif, prenant une complexité et une gravité variables. Entre les multiples conséquences provoquées par ce type de lésion, les altérations au niveau de la sexualité sont fréquents et causent un impact considérable dans la vie de ces individus. La sexualité est influencée par des facteurs organiques, psychologiques et sociaux, qui provoquent souvent un effet négatif sur l'ajustement sexuel de ces individus.

Quant à l'activité physique, elle assume dans la vie des souffrants vertébro-médulaires une importance extrême de par les bénéfices que celle-ci produit au niveau physique, psychologique et social, fondamentaux à une meilleure qualité de vie de ces personnes.

Ainsi, l'objectif principal de cette étude est de vérifier si la pratique d'une activité physique influence les différentes dimensions de la sexualité chez les individus qui ont souffert d'une lésion vertébro-médulaire.

Pour cela, nous avons évalué les dimensions de la sexualité à travers l'Indice International de la Fonction Érectile chez 68 lésés vertébro-médulaires, pratiquants et non pratiquants d'une activité physique régulière. L'indice de fonctionnalité, les dimensions de la personnalité et les symptômes psychopathologiques ont été évalués afin de vérifier leur rapport avec la sexualité.

Les résultats démontrent que les individus pratiquant une activité physique présentent de meilleurs indices de fonctionnement sexuel que les non-pratiquants et que, non seulement les différences trouvées dans les dimensions de la sexualité relativement à l'âge, l'état civil, le niveau d'études, l'extension de la lésion et le temps qui s'ensuit à la lésion, celles-ci sont en rapport avec la fonctionnalité des individus. Il nous paraît aussi possible l'influence de la pratique d'une activité physique régulière.

MOTS-CLÉS: LÉSION VERTÉBRO-MÉDULAIRE; SEXUALITÉ; ACTIVITÉ PHYSIQUE.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

LVM -	Lesão Vértebro-Medular.
LVM(s) -	Lesionados Vértebro-Medulares.
TVM -	Traumatismo Vértebro-Medular.
LME -	Lesão da Medula Espinhal.
LMT -	Lesão Medular Traumática.
ASIA -	American Spinal Injury Association.
OMS -	Organização Mundial de Saúde.
EE -	Estimulação eléctrica.
SDH -	Desidrogenase succinato.
ATP -	Adenosina trifosfato.
PAS -	Pressão arterial sistólica.
PAD -	Pressão arterial diastólica.
ACTH -	Hormónio adenocorticotrópico.
ANDDEMOT -	Associação Nacional de Desporto para Deficientes Motores.
TCE -	Traumatismo craneo-encefálico.
AVC -	Acidente vascular cerebral.
EPQ -	Questionário de personalidade de Eysenck.
EPQ P -	Escala de Psicoticismo do EPQ.
EPQ E -	Escala de Extroversão do EPQ.
EPQ N -	Escala de Neuroticismo do EPQ.
EPQ L -	Escala de Mentira do EPQ.
BSI -	Inventário de Sintomas Psicopatológicos.
IGS -	Índice Geral de Sintomas.
TSP -	Total de Sintomas Positivos.
ISP -	Índice de Sintomas Positivos.
IIFE -	Índice Internacional de Função Erétil.
ITFS -	Índice Total de Funcionamento Sexual.
IWBF -	International Wheelchair Basketball Federation
AVD -	Actividades da Vida Diária
SPSS -	Statistical Package for the Social Sciences.

n -	Número de indivíduos.
sd -	Desvio padrão.
% -	Porcentagem.
p -	Valor prova.
M -	Média.
Σ	Somatório
\approx	Aproximadamente igual
\leq	Menor ou igual
\geq	Maior ou igual
PÁG. -	Página.

A lesão vértebro-medular (LVM), é definida como qualquer tipo de lesão que ocorre nos elementos neurais, que se encontram no interior do canal medular, que vai afectar os sinais motores e sensitivos, nas áreas correspondentes ao nível medular lesionado (Ditunno et al., 1994).

A LVM determina, segundo a sua natureza e especificidade, um quadro clínico cujas alterações motoras, sensitivas e neurovegetativas, assumem complexidade e gravidade variáveis. Quando presente, coloca o indivíduo perante um mundo patológico, instável e sensível, que induz a reformulações de atitudes, convicções e condições de vida pessoal, familiar e social.

O número acrescido de lesionados vértebro-medulares, decorrentes da I Guerra Mundial, colocou objectivamente as diferentes questões desta dramática realidade, numa época em que o valor da condição humana adquiriu progressos de expressão. A mortalidade inicial era extremamente elevada e os factores de morbidade nos meses seguintes, determinaram penosas sobrevividas (Pinheiro, 1994).

Com a II Guerra Mundial, a tecnologia belicista atingiu elevado nível de eficácia e verificou-se um ainda maior acréscimo de lesões vértebro-medulares.

A melhoria dos cuidados assistenciais, qualificando e prevenindo diferentes intercorrências inerentes ao quadro neurológico ou decorrentes do acamamento prolongado, funcionam como verdadeiros avanços terapêuticos, numa patologia onde a irreversibilidade da situação se mantém permanente.

Deixando a sobrevivência de ser uma meta, outros estímulos existenciais como a satisfação, a realização pessoal e o gosto de ser produtivo para o próprio e para a sociedade, tornaram-se progressivamente factores de referência.

As perturbações da sexualidade resultantes da LVM não são excepção, tendo merecido nos últimos tempos reflexão e estudos aprofundados (Westgren e Levi, 1999; Tepper, 2000; Courtois et al., 2001; Ide e Fugl-Meyer, 2001).

Sendo a maioria desta população jovem, com parceiras aquando a lesão, passa a ser uma preocupação inicial no processo de reabilitação, avaliar as capacidades residuais, no sentido de objectivar uma intervenção terapêutica adequada, para assim preservar a sua sexualidade e o seu potencial de fertilidade. Estes aspectos deixaram de ser secundários ou meramente

esquecidos, como há anos atrás, passando a ser tratados com extrema importância devido ao peso que assumem na saúde conjugal e social destes homens e suas parceiras.

A sociedade deve consciencializar-se que a sexualidade é parte integrante do comportamento de todo o ser humano e, numa sociedade onde este assunto assume maior visibilidade, chegam a ser ridículos os tabus que ainda perduram. Como qualquer questão de ordem existencial, a sexualidade exerce na vida do Homem um papel decisivo.

Vash (1991), considera que numa sociedade que venera as pessoas bonitas, “defeitos” sérios parecem intoleráveis. O mesmo autor, reflectindo sobre a sexualidade da pessoa com deficiência, ressalta que o impulso sexual não desaparece com a deficiência.

A sexualidade da pessoa com deficiência é considerada em parte, pela persistente imposição de determinados mitos, tais como os sentimentos de amor associados à sexualidade dizerem apenas respeito às pessoas jovens e sãs. Toda esta problemática plena de tabus, complica-se perante a pessoa com deficiência.

No que respeita à actividade física para a pessoa com deficiência, Almeida (1995) considera que esta prática provoca relações de ajuda, de oposição, de paixão, de ódio, de fanatismo, de solidariedade e de companheirismo entre os praticantes, tendo as pessoas com deficiência a capacidade de transformar situações de conflito e rejeição numa melhoria do auto-conceito, devido a conquistas e resultados atribuídos a si próprios, através da superação de incapacidades.

Em conformidade com esta posição, Ferreira (1993) considera a actividade física para a pessoa com deficiência um conceito muito global, entendendo que não se pode classificar os seus benefícios aos níveis de coordenação funcional, neuromuscular, do desenvolvimento motor, psicológico, social ou qualquer outro.

Sendo a actividade física e a prática desportiva sobejamente reconhecidas pelo seu valor terapêutico, psicológico e social, cobrindo não só a dimensão física, através da melhoria da capacidade motora, mas também das dimensões do domínio psicológico e social, parece relevante verificar se a

mesma terá influência na sexualidade de indivíduos que sofreram uma lesão vértebro-medular.

Pelo exposto, houve interesse em realizar este trabalho nas áreas da patologia vértebro-medular, sexualidade e actividade física, atendendo à escassez de estudos científicos realizados envolvendo estas temáticas e, à crescente preocupação desta população nestes assuntos.

O presente estudo pretende, ao chamar a atenção para a importância da actividade física para as pessoas com LVM, referir-se aos benefícios físicos, psicológicos e sociais a ela associados. Dar ênfase à relação que a prática da actividade física pode vir a ter na sexualidade, uma vez que tem sido objecto de vários estudos, a relação que existe entre as actividades desportivo-motoras e os benefícios psicológicos, principalmente no que concerne à diminuição da ansiedade, do stress, à melhoria do auto-conceito e da percepção da imagem corporal (Varela, 1991; Ferreira, 1993; Almeida, 1995; Bastos, 1998).

Outros motivos levaram à elaboração deste trabalho, dos quais destacamos o interesse e gosto pela patologia na área profissional; e ser a função sexual do indivíduo com lesão vértebro-medular uma das abordagens, na fase inicial após lesão, que causa maior impacto na sua vida, juntamente com a aparência física e a perda da independência (Sishuba, 1997).

Apresentados os motivos que estiveram na origem da realização deste trabalho, passamos a descrever a sua estruturação.

Após a introdução geral do trabalho, desenvolvemos no Capítulo II a revisão bibliográfica, na qual procedemos inicialmente, a uma breve abordagem da LVM, sua definição, etiologia, dados epidemiológicos e suas diversas classificações. De seguida, apresentamos os principais problemas e incapacidades resultantes da LVM. O ponto seguinte é dedicado à área da sexualidade, iniciando uma fundamentação básica da temática, focando de seguida a sexualidade no âmbito da pessoa com deficiência, e salientando posteriormente a função sexual da pessoa com LVM. Na parte final do capítulo, focamos a relevância da actividade física na pessoa com deficiência, os efeitos da inactividade na pessoa com LVM, assim como destacamos também as principais adaptações músculo-esqueléticas, cardiorespiratórias, hormonais, metabólicas e corticais a que estão sujeitos.

Baseados na revisão da literatura, apresentamos no capítulo III a definição dos objectivos do estudo e as questões de investigação a eles associadas. Seguidamente, no Capítulo IV, abordamos as questões metodológicas, como o desenho de estudo, a população e amostra em estudo, os instrumentos utilizados e sua forma de aplicação. Fazem também parte deste capítulo os procedimentos estatísticos utilizados e, por fim, uma discussão metodológica.

No Capítulo V, procedemos à apresentação e discussão dos resultados obtidos. Em seguida, no Capítulo VI, apresentamos as conclusões principais do estudo, seguidas de algumas recomendações para estudos futuros. A terminar, os capítulos da referência bibliográfica e anexos.

II. Revisão Bibliográfica

1. As lesões vértebro-medulares

1.1 CONCEITO DE LESÃO VÉRTEBRO-MEDULAR

A lesão vértebro-medular (LVM) é definida como um quadro clínico que, segundo a natureza e especificidades dos factores etiológicos associados, produz alterações ao nível motor, sensitivo e neurovegetativo, assumindo complexidade e gravidade variáveis (Staas et al. 1992; Krause, 2001).

Quando presente, a LVM coloca o indivíduo perante um mundo patológico, instável e sensível, que induz a reformulações de atitudes, convicções e condições de vida pessoal, familiar e social (Pinheiro, 1994).

No que respeita à nomenclatura para designar a lesão, encontramos na literatura diversas referências, não uniformes. É vulgarmente designada por lesão vértebro-medular (LVM), traumatismo vértebro-medular (TVM), por lesão da medula espinhal (LME), ou por lesão medular traumática (LMT). Neste trabalho, a terminologia a utilizar será a Lesão Vértebro-Medular (LVM), apoiada pelo facto de ser a mais utilizada e, pela amostra em estudo ter na sua totalidade uma componente vertebral associada - lesão traumática.

A literatura científica é muito vasta. Impulsionadas pelas LVM ocorridas em contexto de importantes guerras, muitas investigações têm sido desenvolvidas desde a década de 50, a maioria das quais nos Estados Unidos da América.

A história do tratamento deste tipo de lesões, que é longa no tempo e extensa nas dificuldades, percorreu uma série de etapas que se traduzem num aumento progressivo e qualitativamente valorizável da sobrevivência (Fine, 1980; Kennedy, 1991; Laskowski e Morse, 1993, citados por Cardoso, 2000).

A mais antiga documentação disponível sobre LVM é encontrada no papiro cirúrgico de Edwin Smith, que se julgava haver sido escrito entre 2500 e 3000 A.C.. A lenda diz que o autor foi Imhotep, Médico do Faraó, o qual descreve um sujeito com uma fractura do pescoço, paralisado nas extremidades, cuja função excretória era caracterizada pelo gotejamento constante e cujos músculos definhavam. A prescrição terapêutica revelava de forma simples e concisa toda a sua impotência – “doença que não deve ser tratada”. Atendendo a que o mecanismo lesional e sintomatologia eram mal compreendidos, esta forma de “tratamento” foi adoptada durante séculos (Kennedy, 1991, citado por Cardoso, 2000).

O número acrescido de lesionados vértebro-medulares, decorrentes da I Guerra Mundial, colocou objectivamente as diferentes questões desta dramática realidade, numa época em que o valor da condição humana adquiriu uma acrescida valorização. A mortalidade inicial era extremamente elevada e os factores de morbilidade nos meses seguintes, concretamente, infecções urinárias, úlceras de pressão e outras complicações de decúbito prolongado, determinavam penosas sobrevivências (Pinheiro, 1994).

Assim, a prática clínica permitiu ampliar as capacidades de diagnóstico relativamente à localização anatómica da lesão; à gravidade específica da mesma, aos sistemas envolvidos e às perspectivas futuras. Os estudos experimentais começavam a generalizar-se perante a curiosidade em compreender todos os mecanismos da agressão, sendo criadas metodologias sequenciais e reprodutíveis.

Com a II Guerra Mundial, a tecnologia atingiu um elevado nível de eficácia e verificou-se um ainda maior acréscimo de LVM. Nesta época, os avanços terapêuticos assumiram grande peso na sobrevivência destes indivíduos.

Após algum tempo, deixava a sobrevivência de ser uma meta a atingir, passando progressivamente a factores de referência outros estímulos existenciais como a satisfação, a realização pessoal e o gosto de ser produtivo

para si próprio e para a sociedade. Começava então a tomar forma uma nova vertente dos conhecimentos médicos, cujos objectivos últimos eram os de explorar no seu máximo o potencial funcional existente e permitido pela condição neurológica, criando objectivamente independência e autonomia.

Os trabalhos pioneiros de D. Munro nos Estados Unidos e de L. Guttman na Grã-Bretanha (Staas e Ditunno, 1992), muito contribuíram para que tal situação se verificasse. Os ensinamentos por eles transmitidos aos profissionais de saúde, contribuíram em larga escala para a eliminação de atitudes derrotistas, dando lugar ao surgimento de programas de reabilitação activos e dinâmicos.

Com uma esperança média de vida que, cada vez mais, se equipara à da população em geral, a pessoa com LVM passou também a aspirar a um envelhecimento “normal”.

No que respeita ao conceito de LVM, é importante referir que este assume diferentes especificidades consoante o nível e extensão da lesão.

Segundo a última actualização da *American Spinal Injury Association* (ASIA), no ano de 1996, no que concerne à homogeneização da terminologia utilizada na avaliação e classificação das LVM, estas continuam a ser divididas de acordo com as suas características, em tetraplegia/paraplegia e completa/incompleta, de acordo com, respectivamente, o nível e extensão lesionais.

Assim sendo, a tetraplegia é definida como a perda ou diminuição da função motora e/ou sensorial nos segmentos cervicais da espinal medula, causada pela destruição de elementos neurais dentro do canal medular, resultando numa alteração da função nos membros superiores e inferiores, bem como do tronco e órgãos pélvicos. Relativamente à paraplegia, esta caracteriza-se pela perda ou diminuição da função motora e/ou sensorial nos segmentos torácicos, lombares ou sacrados da medula espinal, em virtude da destruição de elementos neurais no interior do canal medular. Neste tipo de lesão, a função dos membros superiores mantém-se integra mas, dependendo do nível de lesão, o tronco, os membros inferiores e os órgãos pélvicos podem estar comprometidos funcionalmente.

Relativamente à extensão, uma lesão diz-se completa quando existe ausência da função motora e sensorial no segmento medular sacrado mais

baixo, sendo incompleta quando existe preservação de funções motoras e/ou sensoriais abaixo do nível neurológico lesional, incluindo o último elemento sagrado.

Tendo em conta o nível da lesão falamos em paraplegia/tetraplegia aquando de lesões completas, e de paraparésia/tetraparésia aquando de uma lesão incompleta.

Staas et al. (1992), referem que no que concerne ao nível e extensão da lesão, parece existir uma ligeira maior ocorrência de tetraplegias e um progressivo maior número de lesões incompletas, em parte explicado pela melhoria qualitativa dos primeiros cuidados de emergência. Contudo, estes valores contrariam os dados obtidos num estudo efectuado por Cardoso (2003), referindo dados que revelam um maior número de paraplegias (62.8%) e de lesões completas (59%), numa amostra nacional de 1379 sujeitos.

Salienta-se ainda que, de acordo com Duchesne e Mussen (1976), as LVM podem ainda ser classificadas em flácidas e espásticas. Geralmente na fase inicial da lesão, quer nas paraplegias quer nas tetraplegias, existe uma fase de flacidez muscular acompanhada de arreflexia, designada de choque medular. Após várias horas, dias ou semanas, algumas destas lesões tornam-se espásticas, ocorrendo contracções musculares involuntárias de certos grupos musculares, em consequência do restabelecimento da actividade reflexa automática.

1.2 ETIOLOGIA

Do ponto de vista etiológico, existem autores que apontam três grandes grupos de causas de LVM: Traumáticas, Congénitas e Degenerativas, (Seidel, 1982). No entanto, podemos abreviar esta categorização, falando apenas em causas traumáticas e não-traumáticas (Schmitz, 1993).

A etiologia traumática é, de longe, a mais frequente na ocorrência de LVM(s) na população adulta. Resultam de impactos a alta velocidade, como por exemplo um acidente de viação, envolvendo o mecanismo de flexão forçada ou extensão combinada com rotação, compressão, torção ou separação das vértebras.

As lesões não-traumáticas em populações adultas geralmente resultam de uma doença ou patologia, como as disfunções vasculares, sub luxações

vertebrais secundárias à artrite reumatóide ou doença articular degenerativa, neoplasias, abscessos da medula espinal, paralisia histérica, e doenças neurológicas como a esclerose múltipla e a esclerose lateral amiotrófica (Schmitz, 1993).

Dados do *National Spinal Cord Injury Statistical Center*, citados por Schmitz (1993), referem que nos Estados Unidos, em 1986, tendo em conta uma amostra de 9.647 sujeitos com LVM, os principais factores etiológicos eram os acidentes de viação (48%), as quedas (21%), a violência (15%) e os acidentes desportivos (14%). Nestes últimos, o mergulho assume a causa mais frequente (66%), seguindo-se o futebol americano como segundo factor causal. Dados mais recentes, revelam uma ligeira diminuição no número de lesões causadas por acidentes de viação, assistindo-se a um aumento de lesões provocadas por actos de violência, ocorridos principalmente entre a população afro-americana.

Num estudo realizado na *Clínica de Afecciones de la Medula Espinal del Centro Internacional de Restauración Neurológica*, na cidade de La Habana, Cuba, entre Janeiro e Dezembro de 2000, com 58 doentes com LVM traumática, dos quais 6 tinham nacionalidade portuguesa, éramos o terceiro país dos dezasseis em estudo, com maior número de participantes. Os resultados obtidos revelam que 53.4% apresentavam como causa da lesão os acidentes de viação, seguindo-se 24% dos indivíduos com lesão provocada por arma de fogo (Domínguez et al., 2003).

Em Portugal, estudos realizados (Carvalho et al., 1998; Martins et al., 1999) revelam que os acidentes de viação foram a principal causa da LVM, destacando-se depois as quedas. Num estudo efectuado por Cardoso (2003), na região de Lisboa, com 1379 sujeitos com diagnóstico de LVM, pertencentes ao Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão, entre os anos 1985 e 1994, e ao Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital Curry Cabral, entre os anos 1990 e 2000, as causas traumáticas representavam cerca de 80% da patologia medular, com especial destaque para os acidentes de viação (41.5%), reflexo da elevada sinistralidade rodoviária existente em Portugal. Seguiam-se depois as quedas com 30% da totalidade da amostra e, em terceiro lugar, as causas não traumáticas.

1.3 FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

A definição das características epidemiológicas da LVM é um bom instrumento de trabalho no planeamento de necessidades específicas, bem como na instituição de normas e procedimentos preventivos, permitindo ainda uma interpretação inteligível das grandes questões que fazem a actualidade na patologia vértebro-medular de etiologia traumática.

No que respeita à incidência da patologia, estima-se que ocorram aproximadamente 11.000 novos casos de LVM anualmente nos Estados Unidos (Schmitz, 1993). Bromley (1998) refere que ocorrem aproximadamente 1000 novos casos por ano no Reino Unido. Por sua vez Pinheiro (1994) refere incidências na ordem dos 1,5 a 3 indivíduos por 100.000 habitantes, estimando-se que este tipo de lesão tenha a nível nacional, uma incidência anual de 25.4 casos por milhão de habitantes, sendo excluídos deste número os indivíduos falecidos à chegada ao serviço de urgência, e também os não sobreviventes no primeiro mês após lesão (Martins et al., 1999).

Num estudo efectuado pelo *National Spinal Cord Injury Data Research Center* (entre 1973 e 1985), referido por Schmitz (1993), com o objectivo de determinar a verdadeira incidência da LVM nos Estados Unidos, foram avaliados 6014 doentes dos quais 82% eram do sexo masculino, e 18% do sexo feminino. Quase metade da população pertencia à faixa etária dos 15 aos 24 anos, com 80% de todas as lesões ocorrendo em idades inferiores aos 40 anos. 78% tinham apenas educação secundária ou abaixo desta e, 54% eram solteiros por ocasião da lesão; realidade esta não muito díspar da actualidade portuguesa.

Países mais industrializados, como é o caso da Grã-Bretanha, Suíça e França, as incidências parecem ser menores; o que vai de encontro ao referido por Pinheiro (1994), pois diz que as variações nas taxas de incidência são explicadas pelas diferentes características sócio-culturais das populações, que apresentam hábitos, interesses e vivências muito específicas.

Dados sobre a prevalência a nível nacional não se encontram publicados. No entanto, tendo em conta os dados das incidências, e sabendo que a esperança média de vida das pessoas com LVM se aproxima hoje em dia da população em geral, concluímos existirem em Portugal alguns milhares de sujeitos com este quadro clínico.

Relativamente ao factor sexo, todos os estudos encontrados são unânimes. Epidemiologicamente, sabe-se que o risco de LVM é significativamente maior no sexo masculino que no feminino, numa proporção de cerca de 8:2, respectivamente.

Os dados obtidos no estudo de Cardoso (2003), revelam uma percentagem de 73% em indivíduos do sexo masculino, e 27% do sexo feminino. O estudo de Martins et al. (1999), evidencia resultados semelhantes, apresentando o sexo masculino uma percentagem de 77% e o sexo feminino uma percentagem de 23%.

A nível internacional os resultados encontrados encontram-se dentro das mesmas referências nacionais.

Quanto ao factor idade os estudos são unânimes ao apontar que as LVM ocorrem principalmente em adultos jovens (Gibson, 1992; Sipski e Alexander, 1992; Staas et al., 1992; Schmitz, 1993; Martins et al., 1998;).

No estudo realizado na *Clínica de Afecciones de la Medula Espinal del Centro Internacional de Restauración Neurológica*, atrás citado, 41.4% dos indivíduos encontravam-se no escalão 17-25 anos, seguindo-se o escalão 26-34 anos com 29.3% dos indivíduos.

Este tipo de lesão é muito raro em crianças com menos de 14 anos, e nas faixas etárias da população geriátrica, são registadas as maiores percentagens de LVM provocadas por queda.

No que se refere ao nível e extensão da lesão, Pinheiro (1994), sugere que a coluna cervical assume um número mais elevado e crescente de casos, seguindo-se-lhe a coluna dorsal, onde a localização mais frequente ocorre a nível D₁₀ a D₁₂. Bromley (1998), destaca como áreas mais vulneráveis à lesão D₄ a D₇ e D₁₀ a D₁₂. A nível cervical, e atendendo à caracterização anatómica da região, não são grandes as diferenças quanto ao valor completo ou incompleto da lesão medular. Pelo contrário, nos níveis dorsais e lombares a correlação é perfeita, explicável pelas características anatómicas e mecanismos lesionais dominantes; mostram-se assim predominantemente completas nas lesões dorsais e incompletas nas lesões a nível lombar e sacral.

Outros aspectos determinantes inerentes à pessoa com LVM e ao seu envolvimento com o meio, merecem destaque. Salienta-se o estado civil que mantém com a lesão medular uma relação interdependente, fazendo evoluir o

programa de reabilitação segundo as exigências e condicionantes desse estatuto, certamente perturbado e questionado pela condição de lesão instalada.

Maioritariamente jovens de baixo nível cultural e económico, os lesionados vértebro-medulares não apresentam significativa experiência ou qualificação profissional, situação gravosa e desmotivante nas futuras tentativas de integração social e esforço produtivo. Também aqui, todas as vivências anteriores à lesão medular funcionam como factor de referência.

Os baixos níveis culturais e económicos, características constantes neste grupo, reflectem provavelmente a maior exposição de uma população desfavorecida à sinistralidade, nomeadamente em acidentes de viação e de trabalho ou à violência social. Tal facto acrescenta novas dificuldades em explorar o potencial disponível, agravando ainda a condição de invalidez. Reforçando estes pressupostos, é admissível aceitar que a lesão medular conduz sempre à perda de prestígio social, já que as referências padrão da nossa sociedade tendem a valorizar a pessoa dinâmica, e independente, com grandes capacidades de intervenção produtiva.

1.4 ASPECTOS CLÍNICOS DA LVM

No que respeita às alterações clínicas resultantes da LVM, diferentes órgãos e sistemas orgânicos podem desenvolver patologias próprias e interrelacionadas, num universo onde perturbações motoras, sensitivas e neurovegetativas estabelecem todo o envolvimento clínico (Bromley, 1998).

A gravidade do prejuízo neurológico consequente a uma LVM, reflecte quer a natureza e magnitude da violência aplicada sobre o cordão medular, quer as particularidades biomecânicas e características anatómicas da região da coluna sobre a qual esse impacto actua. Há também a considerar as alterações na vascularização da medula, das raízes nervosas e dos nervos espinais (Schmitz, 1993).

A região cervical é a mais vulnerável a este tipo de lesões, atendendo à sua maior exposição e menor estabilidade mecânica. As lesões nesta região, envolvem uma significativa morbidade, que inclui disfunções respiratórias, infecções urinárias, trombozes venosas, úlceras gástricas e úlceras de pressão (Farmer et al., 1998).

A zona dorsal, devido à articulação das suas vértebras com as costelas, é a mais estável da coluna vertebral, requerendo forças de grande intensidade para produzir lesão nesta área. Por sua vez, a região dorso-lombar constitui um local extremamente susceptível à ocorrência de lesão, uma vez que se situa na transição de uma região dotada de grande estabilidade anatómica para outra de grande mobilidade (Rieser et al., 1985).

Nos segmentos mais inferiores, os prejuízos neurológicos são geralmente causados por forças compressivas verticais, consequentes de quedas, produzindo, em regra, lesões incompletas (Fredericks, 1996).

Sabendo-se que o resultado imediato da LVM é a interrupção da condução centrípeta e centrífuga dos estímulos, a localização do nível da lesão é clinicamente efectuada através da avaliação das alterações sensitivas e motoras produzidas.

Na fase aguda, após LVM, verifica-se que abaixo do nível de lesão existe uma perda das diferentes formas de sensibilidade, da capacidade motora e actividade reflexa, flacidez, entre outras manifestações, como é o caso da alteração da regulação térmica, insuficiência respiratória, disfunção urinária, intestinal e sexual. Este estado clínico denomina-se choque medular, e pode ter uma duração de horas, semanas ou mesmo meses (Schmitz e Schneider, 1993).

Com o decorrer do tempo, verifica-se um retorno da actividade reflexa, a qual assinala o final da fase de choque medular, facto que pode ser clinicamente testado através da resposta positiva do reflexo bulbocavernoso. Lentamente, o tónus dos vasos sanguíneos e os registos da tensão arterial tendem a normalizar, tal como o tónus muscular, que se manifesta inicialmente nos grupos flexores e, progressivamente, atinge toda a musculatura.

Após a fase aguda, torna-se possível avaliar com maior objectividade o nível da lesão, bem como verificar se estamos na presença de uma lesão completa ou incompleta.

As lesões abaixo da segunda vértebra lombar, atendendo a que não atingem a medula, mas apenas as raízes da cauda equina, têm características distintas daquelas que denominamos de vértebro-medulares. Representam lesões dos nervos periféricos, o que as caracteriza como paralisias flácidas, por interrupção do arco reflexo.

1.5 COMPLICAÇÕES SECUNDÁRIAS NA LVM

Num estudo de Anson e Shepherd (1996), com 348 indivíduos com LVM, ocorrida há pelo menos um ano, foram encontradas complicações secundárias em 95% dos indivíduos, com destaque para as úlceras de pressão, infecções urinárias, dor, espasticidade e obesidade, verificando-se um aumento do número de complicações nas lesões mais antigas.

Segundo McKinley et al. (1999), num estudo efectuado em vários períodos após lesão, as úlceras de pressão são a complicação mais frequente em todos os períodos, seguida das atelectasias/pneumonias e pela disreflexia autónoma. Referem também que os factores de risco incluíam a condição de tetraplegia, a completude da lesão, a idade mais avançada e as doenças concomitantes.

Complicações cutâneas

A interrupção da condução nervosa faz com que abaixo do nível da lesão, o organismo deixe de possuir a normal capacidade de defesa a circunstâncias adversas.

A paralisia muscular e as alterações dos diversos tipos de sensibilidade, por si só, favorecem uma diminuição da resistência da pele e dos tecidos subjacentes. A agravar esta situação, e constituindo a principal causa determinante do aparecimento das úlceras, a pressão prolongada sobre as zonas em que o corpo se apoia ao adoptar qualquer um dos decúbitos, ou mesmo a posição de sentado, acarreta fenómenos de isquémia e consequente necrose tecidular, principalmente nas proeminências ósseas sujeitas à pressão excessiva. Entre os locais mais comuns estão o sacro, calcanhares, trocanteres e o ísquio. Outras áreas susceptíveis são as omoplatas, cotovelos, espinhas ilíacas anteriores, joelhos e maléolos (Schmitz, 1993).

Young et al. (1982) verificaram que as úlceras de pressão eram o factor isolado mais importante para o aumento da duração e, consequentemente, do custo do internamento hospitalar.

De longe, a mais importante intervenção para a eliminação do desenvolvimento potencial das úlceras de pressão é a prevenção. Há que orientar o indivíduo quanto aos riscos potenciais de úlceras, e fornecer-lhe as

instruções para técnicas de inspecção da pele e o uso adequado de equipamentos e procedimentos para alívio da pressão. De entre estas, as variações de decúbito assumem importância primordial (Smith e Porter, 1992).

Tentando identificar variáveis associadas com as úlceras de pressão, Krause (1998), verificou que uma maior ocorrência desta complicação está relacionada com uma menor adaptação a várias áreas da vida quotidiana, como por exemplo, as relações interpessoais, aspectos emocionais e oportunidades profissionais.

Complicações respiratórias

As alterações no sistema respiratório são determinadas pelo nível da lesão, condicionando distintas eficácias musculares na coordenação e no rendimento da capacidade ventilatória.

A insuficiência do diafragma, dos músculos intercostais e da musculatura abdominal, provoca um síndrome ventilatório restritivo de gravidade variável, dificuldades na tosse e na drenagem das secreções, bem como diminuição da actividade respiratória reflexa.

Nos níveis de lesão compreendidos entre D₁₂ e S₅, praticamente não existem disfunções respiratórias (Carter, 1978, e Dimarco, 1987, citados por Pinheiro, 1994).

Complicações urológicas

A bexiga é uma estrutura cujo funcionamento faz parte de um processo reflexo altamente complexo, para que na micção normal exista um equilíbrio entre os mecanismos expulsivos e retentivos, evitando assim a presença de urina residual após o esvaziamento vesical (Freed, 1984).

Após a LVM verifica-se a ausência da sensibilidade consciente directa da plenitude vesical; a cessação do controlo superior da micção voluntária; e, quando a lesão atinge a região sagrada, a supressão definitiva do arco reflexo medular da micção. Este, no entanto, permanece mantido noutros níveis lesionais, permitindo o posterior retorno de determinados automatismos (Duchesne e Mussen, 1976).

O funcionamento vesical dos indivíduos com LVM pode ser classificado com base no comprometimento neuronal. A presença de actividade numa

bexiga neurogénica é coerente com uma lesão do neurónio motor superior, enquanto a sua ausência revela comprometimento do neurónio motor inferior (Bors, 1957, citado por Freed, 1984). Na bexiga neurogénica, também denominada por reflexa (Schmitz, 1993) o arco reflexo encontra-se íntegro, mas existe uma incapacidade em receber a informação proveniente do cérebro, relativamente à vontade de urinar. Não ocorrendo micção e estando a bexiga cheia, ocorre um refluxo vesico-uretral que, quando combinado com infecções, pode estar na origem de uma futura insuficiência renal. Na bexiga autónoma, ou arreflexa, o arco reflexo não está mantido, podendo o indivíduo desencadear o acto de urinar através de manobras que façam aumentar a pressão intra-abdominal - Manobra de Valsalva e Manobra de Crede (Schmitz, 1993). Para além de um controlo horário rigoroso, podem igualmente recorrer a sensações indirectas que a bexiga está cheia, nomeadamente a sudação intensa, cefaleias, peso supra-púbico, entre outras.

Apesar dos múltiplos avanços que se têm verificado na prevenção e tratamento das complicações do tracto urinário, problemas como infecções urinárias, hematúria, cálculos renais e na bexiga, bem como hidronefrose e falência renal continuam a ser relativamente frequentes (Anson e Sheperd, 1996).

Complicações gastro-intestinais

O nível e extensão da lesão são variáveis que condicionam o grau de deterioração do sistema nervoso autónomo, bem como a intensidade da parestesia dos músculos abdominais, pavimento pélvico e esfíncter anal (Pinheiro, 1994).

Analogamente à bexiga, ocorrem dois tipos de funcionamento intestinal neurogénico, após a fase de choque medular. Nas lesões acima do cone medular, estamos na presença de um intestino reflexo, e nas lesões do cone medular ou cauda equina, estamos na presença de um intestino autónomo ou arreflexo.

Tipicamente, o esvaziamento do intestino reflexo requer o uso de supositórios e de técnicas de estimulação digital, para o início da evacuação. A estimulação digital envolve o relaxamento manual do esfíncter anal, estimulando assim o peristaltismo do cólon e a evacuação (mediados por S₂, S₃

e S₄). No intestino arreflexo, a evacuação apoia-se intensamente na musculatura disponível e nas técnicas de evacuação manual (Schmitz, 1993).

O principal objectivo de um programa intestinal é o estabelecimento de um padrão regular de evacuação. Este poderá ser ajudado através de múltiplas intervenções, como: dieta alimentar, ingestão de fluidos, laxantes, supositórios, estimulação digital, e evacuação manual.

A instituição de um treino intestinal possibilita a defecação regular voluntária, obviando quer a incontinência quer a obstipação, conferindo ao indivíduo uma maior independência e autonomia.

Complicações cardiovasculares

Segundo Staas et al. (1992), quando um indivíduo com LVM estimula as suas capacidades motoras residuais, há um aumento da frequência cardíaca e da captação de oxigénio, tal como em qualquer outra pessoa. No entanto, atendendo à existência de um menor número de músculos a funcionar, de um pior retorno venoso, e das alterações da mecânica ventilatória existentes, os níveis alcançados são inferiores. Paralelamente, a motricidade diminuída pode contribuir para baixar o nível de colesterol de lipoproteínas de alta densidade, fazendo aumentar o risco de doença cardiovascular.

Visto que muitos dos indivíduos com LVM ficam imobilizados entre 6 a 8 semanas, concomitantemente com a ausência do mecanismo “bombeador” normal desencadeado pela contracção muscular, podem surgir alterações circulatórias graves, capazes de originar uma tromboflebite. Esta é uma complicação grave, sendo o seu diagnóstico difícil, em virtude da ausência de sensibilidade nos membros inferiores, podendo contudo conduzir a uma embolia pulmonar, o que pode resultar em morte (Schmitz, 1993).

A hipotensão postural é caracterizada por uma queda súbita da pressão sanguínea, desencadeada pela passagem de um plano horizontal para uma posição mais verticalizada. É provocada pela perda de controlo vasoconstritor por parte do sistema nervoso parassimpático.

A utilização de medicação apropriada, assim como a mobilização passiva dos membros inferiores, a massagem, o uso de meias compressivas assim como de faixa abdominal, os exercícios respiratórios e as alterações

posturais realizadas lentamente e de forma progressiva, limitam a ocorrência das complicações cardiovasculares.

Disreflexia autónoma

A disreflexia autónoma é uma afecção apenas presentes em indivíduos com lesão acima de D₆, e caracteriza-se por cefaleias e hipertensão, podendo existir sintomas associados de congestão nasal, taquicardia ou bradicardia, sudorese e rubor facial (Schmitz, 1993; Staas et al., 1992).

Esta situação resulta de uma interrupção nas influências sinápticas dos neurónios simpáticos pré-ganglionares, conduzindo a respostas maciças e inapropriadas do sistema nervoso autónomo, sem controlo por parte dos centros superiores.

Segundo Rosen (1981), citado por Schmitz (1993), cerca de 85% dos indivíduos com tetraplegia e paraplegia de nível alto, sofrem deste problema durante o processo de reabilitação. Gradualmente, os episódios de disreflexia cedem, sendo relativamente raros após 3 anos de lesão.

Podendo conduzir à morte, os sintomas da disreflexia autónoma não podem ser negligenciados, representando o controlo da tensão arterial e do pulso duas orientações básicas, que podem aconselhar uma consequente terapia farmacológica.

Complicações osteo-musculo-articulares

As fracturas, ossificações heterotópicas e as contracturas, constituem as principais complicações secundárias integradas neste grupo.

Após a LVM, ocorre uma desmineralização óssea, mais rápida nos primeiros quatro meses, responsável por uma progressiva osteoporose (Staas et al., 1992). Deste modo, é frequente encontrarmos fracturas em indivíduos com LVM, causadas por quedas durante as transferências de e para a cadeira de rodas.

As ossificações inflamatórias, denominadas heterotópicas, dos tecidos moles peri-articulares, são de etiologia desconhecida. No entanto diversas teorias foram propostas, como é o caso da diminuição da oxigenação tecidual,

metabolismo anormal do cálcio, pressão local, e micro traumatismos relacionados com exercícios de amplitude de movimento excessivamente agressivos (Schmitz, 1993).

Os sintomas iniciais da ossificação são idênticos aos da tromboflebite, como: tumefacção, redução da amplitude de movimento, eritema e aquecimento local nas proximidades de uma articulação.

A imobilização, o desequilíbrio muscular entre um grupo agonista e o respectivo antagonista de uma dada articulação, assim como a espasticidade, são factores determinantes do aparecimento de contracturas. Estas produzem inicialmente alterações nas fibras musculares, que rapidamente envolvem também as estruturas capsulares e pericapsulares das articulações, podendo colocar em risco a sua funcionalidade.

A consideração terapêutica mais importante relacionada com o desenvolvimento potencial das contracturas é a prevenção. A manutenção das amplitudes articulares através da mobilização articular, e os estiramentos musculares, ganham peso nestas medidas preventivas.

Dor

O aparecimento da dor geralmente ocorre seis meses após a lesão (Staas et al., 1992), evoluindo tendencialmente para a cronicidade (Turner et al., 2001). Os mecanismos da sua manifestação estão associados às perturbações neurológicas provocadas pela lesão, designadamente ao aumento da excitabilidade neuronal consequente às alterações do controlo inibitório.

Turner et al. (2001), num estudo com 384 indivíduos com LVM, referem que a experiência de dor crónica foi relatada em 79% dos indivíduos, constituindo as costas, ancas e as nádegas, os locais mais afectados.

Atendendo a que existe uma alta prevalência da dor crónica, assim como uma associação da mesma com o grau de incapacidade e qualidade de vida percebidos (Rintala et al., 1998), há que ter em atenção este aspecto no processo de reabilitação, como que de outra complicação se tratasse.

1.6 ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA À LVM

A pessoa com LVM é confrontada com uma experiência totalmente nova do seu corpo nas componentes física, psicológica e social.

Paralelamente às complicações clínicas anteriormente descritas, a pessoa com LVM confronta-se com as consequências psicológicas associadas à perda sofrida, as quais vão igualmente exigir um processo de reajustamento.

A relação do corpo com o meio ambiente altera-se profundamente, necessitando a pessoa de desenvolver novos mecanismos de resposta aos estímulos e solicitações quer do próprio corpo, quer do meio ambiente e do meio social. Isto implica alterações importantes nos processos de resposta previamente aprendidos e integrados (Henriques, 2004).

Segundo Stiens et al. (1997) o percurso de ajuste à nova condição é longo e contínuo, eventualmente permanente e sempre inacabado.

Cardoso (2000) num trabalho apresentado no 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde sobre a temática da adaptação psicológica à LVM, faz referência à crescente investigação nesta área, nomeadamente à experiência psíquica associada à ocorrência de uma LVM, referindo não estar totalmente compreendida e ser alvo de algumas controvérsias.

Segundo Trieschmann (1980) citado por Cardoso (2000) os primeiros trabalhos sobre a adaptação psicológica à LVM encontram-se imbuídos de noções preconcebidas, pressupondo à partida que as reacções negativas à lesão são a norma. Algum tempo depois, novas investigações apresentaram uma listagem de reacções que remetem para uma análise mais catastrofizante: negação, luto, negação-depressão e raiva, pensamentos autistas, impulsividade, explosividade, frustração, descompensação egóica e formações reactivas, entre outras.

Mais recentemente a investigação nesta área orientou-se para a identificação e avaliação das variáveis psicológicas mais comumente associadas a este quadro clínico, merecendo destaque as alterações ao nível do auto-conceito e da imagem corporal. O sentimento de perda, as restrições de um corpo que por vezes para se movimentar necessita de ajuda, a

percepção de uma diminuição no domínio pessoal, a antecipação de inadequações presentes e/ou futuras, são exemplos de um enredo em que as variáveis acima referidas se inscrevem interagindo reciprocamente.

No que se refere ao ajuste psicossocial durante os primeiros dois anos após a lesão, Kannisto e Sintonen (1997) apontam para que nesse período cerca de 30% das pessoas tenham manifestações ansiosas, depressivas e outras alterações psicológicas.

A depressão é provavelmente o aspecto do processo de adaptação psicológica à LVM alvo de maior número de estudos. Embora deparando-nos com uma quase unanimidade quanto à sua frequência na fase inicial após a lesão, subsistem dúvidas quanto à sua existência à posteriori. As inúmeras complicações acessórias que uma lesão deste tipo acarreta ao longo da vida parecem constituir um dos factores associados ao reaparecimento de estados depressivos (Scivoletto et al., 1997).

Num estudo sobre ansiedade e depressão com cem pessoas com LVM, Scivoletto et al. (1997) encontram níveis constantes de ansiedade e depressão ao longo do tempo, defendendo que a angústia psicológica devida ao processo de hospitalização na fase aguda, onde há isolamento, separação familiar, dependência alimentar e pessoal, é justificada nas fases subsequentes pelas constantes dificuldades nas actividades de vida resultantes das barreiras arquitectónicas, problemas económicos, limitações profissionais, alterações no papel familiar e social, etc.

Parece no entanto verificar-se um percurso psicológico de adaptação à deficiência, por vezes designado por “estádios”, sendo para Liberman e Liberman (1993) um percurso protector e defensivo face à dolorosa realidade, necessário para a obtenção de um novo equilíbrio, principalmente emocional, que permita à pessoa com deficiência uma nova adaptação equilibrada com o mundo. Este novo equilíbrio incorpora mecanismos corporais mas sobretudo reajustamentos nas percepções conscientes e inconscientes, nas motivações, emoções e valores.

Na actualidade, embora não ignorando a frequência com que determinados padrões marcam presença, considera-se que a adaptação psicológica se enquadra num processo individual, em que o conjunto de significações atribuídos à lesão e às suas determinantes, regula o equilíbrio

entre o grau de perturbação vivenciado e as estratégias de confronto mobilizadas (Cardoso, 2000).

Constata-se que os modelos de abordagem da adaptação psicológica à LVM têm evoluído no sentido da descentração perante o negativismo associado à doença, focalizando crescentemente a atenção sobre os processos cognitivos que alicerçam as representações que a pessoa com LVM vai construindo desde o diagnóstico.

Embora o preconceito contido na afirmação *mens sana in corpore sano* esteja ainda fortemente instituído, implicando que um corpo lesado seja frequentemente associado a um sistema mental menos capaz, urge desmistificar esta ideia e considerar a pessoa com LVM enquanto ser humano global, detentor de potencialidades de reajustamento pleno a uma nova condição de vida.

1.7 PROGNÓSTICO

A lesão pós-traumática da medula espinal não constitui sempre um quadro irreversível. Segundo Dushene e Mussen (1976), as vias centro-espinais poderão estar apenas temporariamente interrompidas por uma compressão causada por um hematoma, edema local, ou até mesmo por um fragmento ósseo deslocado. De acordo com os autores, as lesões do tecido medular propriamente dito, dizem-se definitivas sempre que não aparecem sinais de evolução neurológica positiva nos dias seguintes ao traumatismo, enquanto as lesões das raízes nervosas poderão mais tardiamente apresentar recuperação. Do mesmo modo, quando as lesões são completas, é suficiente aguardar algumas horas ou no máximo alguns dias para poder estabelecer considerações prognósticas, ao passo que, na presença de uma lesão incompleta, a objectivação do quadro clínico poderá ser possível após algumas semanas, ou mesmo meses.

A taxa de mortalidade logo após lesão é elevada. Num estudo realizado na região Centro de Portugal, entre 1989 e 1992, 16% dos sujeitos foram declarados mortos à chegada ao hospital e 40% dos indivíduos faleceram durante as primeiras 24 horas (Martins et al., 1992).

Na Grã-Bretanha, entre 1943 e 1990, foi realizado um estudo com 3179 indivíduos, com o objectivo de verificar a sobrevivência a longo prazo após uma

LVM. Frankel et al. (1998) verificaram que o sexo masculino, o nível de lesão alto, a completude da lesão, a idade mais avançada aquando da ocorrência da lesão e o maior tempo decorrido desde então, constituíam factores de risco, estando associados a uma mortalidade mais elevada. Concluíram também que as complicações respiratórias constituíram o agente causal do maior número de óbitos, embora nos primeiros anos as complicações cardiovasculares e, principalmente as urológicas, manifestassem o maior protagonismo.

Embora o prognóstico funcional não tenha melhorado significativamente nos últimos anos, mesmo com a introdução de novos meios farmacológicos, de técnicas cirúrgicas e ajudas técnicas mais sofisticadas (Martins e Martins, 2000), a expectativa de vida dos indivíduos com LVM tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas (DeVivo et al., 1999).

2. A Sexualidade

2.1 SEXUALIDADE - FUNDAMENTOS BÁSICOS

No âmbito das LVM(s) o estudo da sexualidade tem merecido na última década reflexão e trabalhos aprofundados (Westgren e Levi, 1999; Tepper, 2000; Courtois et al., 2001; Ide e Fugl-Meyer, 2001; Whipple e Komisaruk, 2002).

Nos últimos anos, a sexualidade deixou de ser entendida como algo estritamente biológico, expressa somente no matrimónio com o objectivo de procriar, e regulada por factores morais e religiosos. Actualmente, e como qualquer questão existencial, a sexualidade humana ultrapassa o biológico, ela está vinculada ao aspecto histórico e cultural de cada sociedade. Embora haja uma maior consciência sobre o papel da sexualidade nas nossas vidas, muitos dos tabus que rodeiam há séculos a questão sexual, ainda perduram nos dias de hoje. A sociedade deve consciencializar-se que a sexualidade é parte integrante do comportamento de todo o ser humano.

O termo sexualidade, é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), (1975) como “uma energia que nos motiva a encontrar o amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos,

movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”. Em Outubro de 2002, após um encontro internacional para a revisão do conceito de saúde sexual, a OMS apresenta o termo sexualidade como “um aspecto central do ser humano ao longo da vida, englobando o sexo, identificação do género e seu papel, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução”. Referem também que a sexualidade é experimentada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todos estes aspectos, nem todos eles podem ser vivenciados, atendendo à influência e interacção dos factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, étnicos, legais, históricos, religiosos e espirituais.

Para Chauí (1984), a sexualidade não se reduz aos órgãos genitais, uma vez que qualquer região do corpo é susceptível de proporcionar prazer sexual, desde que tenha sido investida de erotismo na vida de alguém, e porque a satisfação sexual pode ser alcançada sem contacto genital.

Campos (1990), refere que a sexualidade é polimorfa e polivalente, ultrapassando a necessidade fisiológica, remetendo para a simbolização do desejo. Descreve a sexualidade como forma de energia vital, que acompanha toda a existência humana, e que se manifesta não apenas de acordo com as necessidades fisiológicas, mas também na sua vinculação com o simbólico e, conseqüentemente, com o histórico e cultural de cada sociedade. Logo, falar de sexualidade humana, implica abordar aspectos físicos, biológicos, sociais, culturais, económicos e políticos.

De facto, a sexualidade está submetida às proibições e transgressões diferenciando-se de uma cultura para outra e de época para época. Isso significa que a cultura, a religião, a política e a própria ciência, se encarregam de explicitar o modo de lidarmos com a nossa sexualidade, estabelecendo regras básicas a serem seguidas.

Bruns (1997), refere que o mundo ocidental é marcado e remarcado pelo poder da ideologia cristã que, com os seus eficazes métodos de moderação e abstinência, controla e disciplina as práticas sexuais. Na opinião de Chauí

(1984), os tabus, preconceitos e estigmas, perpassam os séculos e habitam o universo das relações, sejam elas familiares, escolares ou sociais.

Como qualquer questão de ordem existencial, a sexualidade exerce na vida do Homem um papel decisivo. Para Campos (1990), a sexualidade é indiferente às circunstâncias da idade, do tempo, das capacidades intelectuais e físicas.

2.2. A SEXUALIDADE NO ÂMBITO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A combinação de deficiência com sexualidade resulta numa rede de ambiguidades em que a disfunção corporal, nomeadamente nas suas eventuais consequências sexuais, é potencializada socialmente.

Segundo Goffman (1988), a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total dos atributos considerados comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Afirma também que, na rotina das relações sociais, quando um estranho nos é apresentado, os primeiros aspectos percebidos permitem prever a sua categoria, os seus atributos e a sua identidade social e, com base nisso, as preconcepções a respeito do outro, são convertidas em expectativas normativas do que o outro seja, e passando a constituir exigências que são feitas sem muitas vezes se perceber.

De uma forma geral, os estigmas estão presentes em relação aos grupos minoritários, como os idosos, negros, homossexuais, pessoas com deficiência, etc. Esta forma preconceituosa das pessoas se relacionarem é fruto de uma sociedade de consumo que reconhece o indivíduo na medida do que ele produz.

Segundo Moura e Castro (1994), a situação do portador de uma deficiência, favorece uma série de reacções sociais e emocionais que lhe alteram o modo de vida, fazendo com que a incapacidade seja menos marcante que os efeitos sociais e psicológicos. Mais que a sua própria deficiência, o maior problema tem origem na sociedade, nas barreiras sociais, culturais, e na atitude pública. Relativamente à questão sexual, passa-se o mesmo, já que não são esperados sentimentos sexuais, ou demonstração de algum interesse pelo envolvimento sexual.

A assunção da sexualidade na deficiência como uma ausência, resulta do estereótipo de que o indivíduo com deficiência é assexuado (Sampaio, 1982; Allen Gomes, 1995; Earle, 1999; Tepper, 2000; Milligna e Neufeldt, 2001). Tal realidade, em geral, impede a pessoa com deficiência de se desenvolver e de vir a estabelecer consigo próprio e com o outro, uma relação que lhe possibilite expressar-se como ser sexuado. Ao contrário, há um ocultamento do desejo, já que o prazer e o erotismo são vivências somente permitidas aos ditos “normais”. Vash (1991), refere que numa sociedade que venera as pessoas bonitas, “defeitos” sérios parecem intoleráveis. O mesmo autor, reflectindo sobre a sexualidade da pessoa com deficiência, ressalta que o impulso sexual não desaparece com a deficiência.

Num estudo de Shakespeare et al. (1996), sobre a sexualidade de pessoas com deficiência, muitos são os depoimentos que falam da sua sexualidade e dos preconceitos que são alvo. Os indivíduos do estudo referem ser a sexualidade a fonte da sua maior opressão e dor enquanto deficientes; ressaltam o facto da sociedade os considerar como assexuais, ou melhor, sexualmente inadequados; e salientam a dificuldade de afirmação como pessoa com sentimentos e desejos sexuais, como pessoa com uma identidade sexual.

A sexualidade da pessoa com deficiência prima em parte, pela persistente credibilidade de determinados mitos, tais como os sentimentos de amor associados à sexualidade dizerem apenas respeito às pessoas jovens e sãs. O facto da auto-confiança sexual se encontrar fixa em ideais de beleza, desempenho e independência, produz consequências ao nível da auto-imagem, alimentando percepções de baixa capacidade de suscitar atracção nos outros, deixando de constituir um reforço social.

Paradoxalmente, encontramos por um lado uma série de crenças sociais que pressupõem a assexualidade na pessoa com deficiência, por outro lado há referências que os mesmos só pensam em sexo (Allen Gomes, 1995).

Apesar do pressuposto da assexualidade ser um dos mais debilitantes, Morris (1991) refere outras crenças relativas ao indivíduo com deficiência:

- Que deverá ter qualquer tipo de disfunção sexual e ser incapaz de procriar;
- A opção de não ter filhos dever-se-á a uma incapacidade;

- Quando o indivíduo não é assexuado, na melhor das hipóteses será sexualmente inadequado;
- Quando não tem uma relação conjugal, será devido a não despertar o interesse de alguém e nunca por uma opção pessoal;
- Qualquer pessoa dita “normal” que tenha uma relação duradoura com um indivíduo com deficiência, será por razões suspeitas e não por amor;
- O relacionamento entre indivíduos com deficiência será motivado pelo denominador comum que representa a deficiência, e não por qualidades intrínsecas a cada uma das pessoas envolvidas.

Ducharme et al. (1992), defendem que um elevado número de indivíduos não consegue reassumir uma vida sexual activa, por várias razões, nomeadamente, devido à falta de informação, medo ou dificuldades na adaptação.

Segundo De Fazio e Cunningham (1987), uma imagem corporal pobremente definida ou instável, é uma das características de risco no desenvolvimento de uma perversão sexual. Numa perspectiva oposta, existem indivíduos para quem a deficiência, como é o caso da amputação, têm um valor atractivo para um envolvimento sexual (Shakespeare, 1996).

Shakespeare et al. (1996) consideram que nas sociedades ocidentais modernas, a actividade sexual constitui um indicador de maturidade e de valorização social. No âmbito da deficiência, constata-se uma dupla desvantagem: o facto da pessoa possuir uma deficiência, esta nega-lhe o estatuto de membro activo e ao mesmo tempo mina-lhe o campo sexual. Em sentido contrário, a assunção da assexualidade ou da inadequação sexual contribui para a desconsideração social.

Sampaio (1991), refere que a deficiência pelas características e consequências próprias, pode condicionar dependência, incapacidade de assumir papéis conotados com a masculinidade, perturbação da imagem corporal e alterações nas percepções de auto-eficácia, auto-confiança e auto-estima. Em consonância com estes aspectos, é comum evidenciar-se um sentimento de inferioridade atractiva e dúvidas quanto às suas capacidades

enquanto parceiros sexuais, levando estes indivíduos a auto-percepcionarem-se como menos capazes de suscitar interesse nos outros.

O tipo e o grau de dificuldades vivenciadas na concretização da sexualidade por parte de um deficiente físico dependem, geralmente, do facto de estarmos na presença de uma deficiência congénita ou adquirida (Ducharme et al., 1992). Embora os estigmas sociais relativos à sexualidade possam fazer-se sentir sobre ambas as situações, o portador de uma deficiência congénita é frequentemente super-protegido e, até mesmo isolado, originando uma diminuição das oportunidades de socialização e de aprendizagem de aptidões sociais apropriadas. A dependência de terceiros, acarreta muitas vezes consigo passividade e timidez, factores que não contribuem para o desenvolvimento de relações interpessoais equilibradas e maduras, a partir das quais o envolvimento afectivo-sexual poderia ocorrer. Simultaneamente, na deficiência adquirida, a socialização prévia produz uma redução nas expectativas anteriormente construídas.

As famílias não têm qualquer tipo de expectativas em relação ao familiar com deficiência, pois consideram difícil que este venha a ter alguma relação amorosa, e principalmente constituir nova família.

Relativamente a este aspecto, Bernardi (1985) refere que a família tende a imprimir na personalidade dos subordinados, uma determinada estrutura psíquica aprovada pela sociedade e, para isto, apoia-se em meios sugeridos pela própria sociedade. Isto significa que a pessoa com deficiência encontra-se inserida num sistema de relações e significações sociais, que serão o alicerce, ou seja, o lugar em que organizará e estruturará a sua própria identidade.

Nesta perspectiva cultural, Bruns (1997) refere que a família incute a ideia de que as pessoas com deficiência são incapazes, inábeis, inseguros, dependentes, indefesos, e até assexuados.

Numa relação conjugal, ou similar, a presença de uma deficiência exige um reajustamento ao nível dos papéis sexuais e, a capacidade de atingir um novo e gratificante nível de intimidade, depende em grande parte, da qualidade das capacidades comunicacionais entre ambos. Este processo comunicacional está dependente da forma como é processada a vivência conjugal, da informação proveniente do exterior e ainda, dos mecanismos de defesa que cada membro mobiliza (Schover e Jensen, 1988).

Segundo Tepper (1997), a recordação da vivência sexual antes do aparecimento da condição de deficiência, moldada pelo modelo fantasioso em que navega a sexualidade, pode ser dolorosa e exigir uma redefinição do conceito de satisfação sexual, uma vez que é actualizada num registo disfuncional.

Sipski e Alexander (1998), referem que o equilíbrio de poderes no seio da vida conjugal é perturbado pela presença da deficiência, surgindo conflitos até que seja possível a reposição de um equilíbrio que assegure a sintonia do casal. No que respeita à continuidade das relações prévias à ocorrência da deficiência, Shakespeare (1996) revela que os indivíduos do sexo masculino têm maior probabilidade de manter o relacionamento, sendo o sexo feminino sujeito a uma maior taxa de abandono pelo parceiro.

Para Edmonson (1988), apenas nos anos setenta ocorreram mudanças palpáveis no que concerne ao direito das pessoas com deficiência relativamente à sexualidade. Nos Estados Unidos, local onde se iniciaram movimentos a este nível, desenvolveram-se sondagens e estudos com vista a esclarecer áreas específicas de preocupação. Realizaram-se posteriormente sessões de esclarecimento e tentaram sensibilizar os técnicos de saúde para não negligenciar esta área de intervenção.

Muitas das barreiras que os indivíduos com deficiência encontram na sua readaptação sexual, resultam de estigmas, estereótipos negativos e atitudes discriminantes e preconceituosas, traçadas culturalmente. Estas barreiras exigem um desafio constante aos obstáculos sociais, físicos, políticos, religiosos, atitudinais, e a si mesmo, nomeadamente nos aspectos determinados socialmente que, ao serem actualizados, se mostram desajustados.

De um modo geral, Peters (2000) destaca ser essencial destruir os mapas da diferença criados pela sociedade no que respeita à pessoa com deficiência, para que estas pessoas possam gerar os seus próprios significados, subjectividades e imagens culturais. No âmbito da sexualidade, importa realçar a ideia que todo e qualquer indivíduo tem um potencial afectivo-sexual próprio que, na eventualidade de exigir um ajuste na sua forma de expressão, não constitui uma inadequação ou, pior, uma inexistência.

2.3 A SEXUALIDADE E A LVM

Como já descrito anteriormente, muitas são as alterações decorrentes de uma LVM, nomeadamente relativas às questões da sexualidade. Pelo impacto que causam na vida destes indivíduos, as alterações da função sexual, são uma das mais estudadas nestes últimos tempos (Westgren e Levi, 1999; Tepper, 2000; Courtois et al., 2001; Ide e Fugl-Meyer, 2001; Whipple e Komisaruk, 2002).

Actualmente as perturbações sexuais são reconhecidas como um complexo assunto para o processo de reabilitação, caracterizando-se por disfunção fisiológica e alterações sensitiva e motora, frequentemente acompanhadas por angústia social e psicológica (Schmitz, 1993).

Segundo Stiens (1997), a LVM pode afectar a vida sexual do indivíduo devido a vários aspectos, nomeadamente por limitação da mobilidade, a espasticidade, alterações sensitivas ou alterações da função excretora. Tudo isto tem um impacto importante na vida do indivíduo, exigindo uma reformulação nas relações interpessoais, nomeadamente com o cônjuge.

Apesar dos diferentes resultados encontrados na literatura, possivelmente resultante da diversidade das populações estudadas e dos métodos de recolha da amostra, a generalidade dos estudos aponta para uma elevada preocupação para as questões da sexualidade na população dos LVM.

No que concerne à importância atribuída à vida sexual Siösteen et al. (1990), revelam que 70% dos indivíduos relatavam igual importância referente ao pré e pós-lesão.

Relativamente ao desejo sexual este é frequentemente auto-percepcionado como tendo diminuído após a lesão, no entanto, Siösteen et al. (1990), referem que 63% dos indivíduos com LVM referiam que o desejo sexual se mantinha inalterado com a lesão.

Phelps et al. (1983), referem também uma diminuição no desejo sexual após a LVM, acrescentando também uma diminuição significativa na frequência das práticas sexuais. Revelam também uma redução da prática do coito, acompanhada por um aumento de actividades sexuais alternativas,

nomeadamente o sexo oral (51%), os abraços (32%) e o beijar (29%), tornam-se as práticas sexuais mais gratificantes no pós-lesão.

Kreuter et al. (1996), verificaram que, comparativamente com o pré-lesão, 62% dos indivíduos com LVM apresentavam um declínio na frequência da actividade sexual, referindo como principais causas as limitações físicas (51%) e a diminuição das capacidades sexuais (21%). Mais de metade dos indivíduos envolviam-se sexualmente pelo menos uma vez por semana, no entanto, 32% deles nunca ou raramente o faziam. O abraçar, o beijar e a estimulação manual dos genitais e de outras zonas erógenas, representavam comportamentos comuns no reportório sexual, sendo que apenas 39% referiam o coito como prática concretizada durante o envolvimento sexual.

Sishuba (1997), num estudo efectuado em indivíduos com LVM, na fase inicial de hospitalização, com o objectivo de explorar as implicações da incapacidade na sexualidade, concluiu que estas pessoas têm uma grande necessidade de diálogo acerca do impacto da lesão na sua vida; assim como conclui que as três maiores áreas de preocupação para estes indivíduos são: a aparência física, a perda de controlo e independência e, os relacionamentos. Todas estas áreas foram referenciadas como influentes nas diferentes dimensões da sexualidade. Também White (1992), identifica um forte grau de descontentamento com a satisfação dos aspectos relacionados com a sexualidade em indivíduos com LVM, revelando estes uma grande preocupação a este nível.

Paradoxalmente, Henriques (2004) refere que os problemas da sexualidade não são normalmente referidos pelas pessoas com LVM como os mais importantes, sendo normalmente referidos posteriormente aos problemas como o uso dos membros e independência funcional, controle intestinal e bexiga. No mesmo sentido, Lin (1997) num estudo desenvolvido em indivíduos com LVM, concluiu que os aspectos sexuais são considerados de menor importância do que as relações familiares e as actividades recreativas e de lazer.

Kreuter et al. (1996), comparando um grupo de pessoas com LVM com relação conjugal permanente e estável, com um grupo de pessoas sem qualquer tipo de deficiência e com uma relação conjugal semelhante, identifica muito bem as principais diferenças nas relações sexuais das pessoas com

LVM, que quase sempre requerem alterações nos padrões sexuais, mas que, aparentemente garantem idênticos níveis de qualidade nas relações conjugais.

Alexander et al. (1993), concluíram que a maioria das pessoas com LVM retornam à actividade sexual, havendo uma drástica diminuição do desejo e da frequência, sendo que esta frequência passa a ser dependente do desejo da parceira após a lesão. O mesmo estudo identifica que embora a actividade sexual e satisfação com a actividade sexual sejam mais baixos entre as pessoas com LVM, nos aspectos emocionais não se registam diferenças significativas relativamente à população em geral. As pessoas com LVM identificam a perda da mobilidade e sensibilidade, a dificuldade para alcançar e/ou manter uma erecção como os principais factores que interferem na sua actividade sexual, enquanto que o grupo de controle identifica como factores interferenciais, o cansaço provocado pela actividade profissional, a falta de disponibilidade de tempo e os problemas relacionais, o que significa que a sexualidade pode ser influenciada por muitos factores, não só de natureza física.

Kreteur et al. (1996) refere como muito prejudicial ao prazer da interacção sexual, os hábitos sexuais rotineiros em qualquer relação prolongada. A experiência sexual prévia à lesão tem um grande peso para o ajuste sexual da pessoa com uma LVM, sendo de realçar a importância do uso de ajudas técnicas para aumentar o prazer sexual, nomeadamente as ajudas que compensam as limitações genitais físicas. O mesmo autor refere ainda o desenvolvimento de “aproximações inovadoras face aos padrões habituais” e alternativas relacionais como o “tocar, beijar, excitação manual e oral dos órgãos genitais, e a excitação de outras zonas erógenas”, como forma de compensação e de adaptação de sucesso, face às diferenças encontradas nas respostas físicas existentes.

Um estudo desenvolvido em Hong Kong, por Pearson e Klook (1989), sobre a sexualidade em indivíduos paraplégicos, revelou que estes se encontravam bastante imbuídos pelas representações construídas antes da lesão, apontando o coito como prática sexual fundamental. A incapacidade de ter uma actividade sexual semelhante, era integrada como motivo de grande descontentamento, tristeza e lamentação, sinalizando por vezes uma cessação completa da vida sexual. Em direcção a estes resultados, Tepper (1997) refere

que esta forma de pensar faz com que estes indivíduos se privem a si próprios de prazer, por não conseguirem funcionar sexualmente de forma semelhante à que tinham na pré-lesão.

O desenvolvimento de dimensões emocionais e sensuais da sexualidade pode, para além de compensar as limitações físicas, permitir uma experiência sensual, sexual e erótica gratificante.

O medo de rejeição ou fracasso, a ansiedade no desempenho e as dúvidas sobre a possibilidade de uma satisfação plena da parceira, podem levar a uma diminuição dos contactos sexuais. Parece haver uma tendência a dar-se maior ênfase às diferenças nas questões sexuais entre as pessoas com deficiência que os ditos “normais”. No entanto Ducharme et al., citados por Loureiro (1997) dizem que as questões relativas à sexualidade da pessoa com deficiência, não são tão diferentes da população normal.

Como já referido anteriormente, a função sexual é uma das capacidades que sofre alterações com a LVM. Para melhor entendermos as consequências deste quadro clínico sobre a função sexual, passamos a descrever os mecanismos envolvidos em toda a sua função.

A resposta sexual masculina

De acordo com Stein (1992), o que marca a diferença nos indivíduos com LVM é a perturbação dos circuitos nervosos entre os órgãos genitais e os centros nervosos superiores. No entanto, refere também que o comportamento sexual não consiste apenas num conjunto de iniciativas conducentes ao coito e orgasmo, pelo que todo o tipo de intimidade, mesmo sem penetração, pode ser mutuamente gratificante para os envolventes.

Contrariamente a esta situação, “muitas são as pressões sociais sugerindo que o coito e o orgasmo são indispensáveis para a existência de satisfação sexual, que muitas das vezes contribuem para a vivência de uma sensação de fracasso” (Cardoso, 2003, pp. 257).

Drench (1992), refere que a identidade sexual, a imagem corporal e o auto-conceito, estão fortemente interligados, podendo em conjunto ou de forma isolada, contribuir para uma menor ou maior adequação sexual. Schuler (1982), refere que a readaptação sexual é concomitante com a adaptação geral à

deficiência, em que à medida que o auto-conceito se transforma, vão-se alterando os valores no sentido de serem potencializados os atributos que não foram afectados pela lesão, compensando as limitações físicas existentes.

Apesar das alterações notáveis neste tipo de lesão, “esta não elimina a possibilidade destes indivíduos se expressarem sexualmente, podendo mesmo representar o recomeço de um novo envolvimento afectivo-sexual verdadeiramente gratificante” (Cardoso, 2003, pp. 258).

A resposta sexual está directamente relacionada com o nível e extensão da lesão. Como acontece com as funções intestinal e urinária, a resposta sexual está amplamente dividida entre lesões dos motoneurónios superiores e motoneurónios inferiores (Schmitz, 1993).

Capacidade erétil

Numa revisão da literatura sobre a resposta sexual após uma LVM, Higgins (1978) apresentou duas conclusões consistentes: (1) a capacidade erétil é maior nas lesões dos motoneurónios superiores, do que nos motoneurónios inferiores e, (2) maior nas lesões incompletas, que nas completas.

Para verificar se a lesão afectou as raízes sagradas do motoneurónio superior ou do motoneurónio inferior, pesquisa-se a integridade dos reflexos bulbocavernoso ou anal. A existência de resposta motora positiva significa que a actividade reflexa do centro sacral (S₂-S₄) está integra, sendo a classificação da lesão do tipo motoneurónio superior. Caso a resposta seja negativa, significa que não há integridade do arco reflexo sacral, sendo a lesão do tipo motoneurónio inferior.

Existem dois tipos básicos de erecção: reflexa e psicogénea, aparecendo também referenciada uma outra que abrange as duas anteriores: erecção mista.

Segundo Monga et al. (1999), a erecção reflexa é mediada pelas estruturas espinais sagradas e envolve o sistema nervoso parassimpático, enquanto que a erecção psicogénea, está dependente da comunicação nervosa entre os estímulos corticais e os centros simpáticos e parassimpáticos medulares.

Para Verkuyl (1997), desde que o trajecto reflexo esteja mantido, como acontece nas lesões medulares acima dos centros sagrados, a erecção reflexa é possível; enquanto que nas lesões completas a erecção psicogénea se torna impossível. Biering-Sørensen e Sønksen (2001), revelaram que a erecção reflexa é induzida pela estimulação cutânea ou da membrana mucosa das áreas abaixo do nível da lesão, requerendo um arco reflexo intacto, dependente de S₂-S₄. Deste modo, a rigidez peniana é possível quando a lesão é superior a D₁₁. A erecção psicogénea, despertada pela estimulação psíquica (visual, auditiva, olfactiva, bem como sonhos, memórias e fantasias), acredita-se ser possível quando o nível de lesão é inferior a L₂, existindo capacidade erétil, embora se verificando apenas um aumento da tumescência e do comprimento do pénis sem, contudo, existir uma rigidez suficiente para que possa ocorrer a penetração.

A erecção mista é viável nas lesões situadas entre L₂ e S₂, podendo no entanto existir uma grande variação individual quanto à duração e rigidez da resposta erétil.

Carvalho e Andrade (1993), apresentam como possibilidades erécteis do indivíduo com LVM, segundo o nível de lesão, as seguintes: nas lesões até D₁₁ a erecção é reflexa, geralmente satisfatória; nas lesões entre D₁₁ e L₁, a erecção é viável desde que a medula sagrada se encontre intacta; e por último, nas lesões abaixo de L₁, as erecções reflexas e psicogéneas são possíveis, embora muitas das vezes, de baixa qualidade, isto desde que a medula sacral não tenha sofrido qualquer tipo de lesão, pois caso isto se verifique, haverá apenas hipotéticas possibilidades de erecção psicogénea, de baixa qualidade.

Relativamente às erecções reflexas, é de realçar o facto que estas por si só, não asseguram um coito eficaz. Por vezes desencadeadas por fenómenos de espasticidade, podem ocorrer espontaneamente em qualquer altura, mas não se fazem sentir, ou não têm uma duração satisfatória, quando a parceira está disponível e as circunstâncias são adequadas (Drench, 1992).

Num estudo com 529 indivíduos com LVM, com o objectivo de verificar as alterações erécteis de acordo com o nível de lesão, Bors e Comarr (1960) dividiram os indivíduos em dois grupos: lesão do motoneurónio superior e lesão do motoneurónio inferior, tendo em conta também a extensão da lesão. Os resultados obtidos demonstraram que 93% dos indivíduos com lesão completa

e 99% dos indivíduos com lesão incompleta do motoneurónio superior revelavam capacidade eréctil. Relativamente aos indivíduos com lesão do motoneurónio inferior, a resposta eréctil encontrava-se mantida em 90% das lesões incompletas e apenas em cerca de 26% das lesões completas. Acessoriamente, verificaram que a presença de espasticidade, desde que não muito acentuada, poderia desempenhar um papel facilitador no aparecimento da resposta eréctil.

Num estudo de Tepper (1992), com 178 indivíduos com LVM, verificou-se que a maioria deles mantinham competências erécteis, apesar de apenas 27% referirem que as erecções surgiam sempre que eram desejadas, e de apenas 25% relatarem que estas tinham, em todas as ocasiões, uma duração suficiente para o desempenho do coito.

Muitas das referências encontradas, revelam resultados muito díspares e com discordância de ideias, no entanto temos que realçar que a quase totalidade das investigações é suportada pelo auto-relato ou pelas respostas a questionários de auto-preenchimento, sujeitos a todas as subjectividades que lhe estão adjacentes.

Como conclusão, é importante ficar a ideia de que um indivíduo pode ter um potencial neurológico mínimo e ser capaz de ter uma actividade sexual quase normal; contudo, outro indivíduo com uma lesão neurológica menos acentuada, pode ser considerado sexualmente como se tivesse uma lesão completa (Cardoso, 2003, pp. 280).

Capacidade ejaculatória

As disfunções ejaculatórias são referenciadas na maioria dos estudos com indivíduos LVM (Stein, 1992; Glass, 1999; Lianza et al., 2001).

Dados disponíveis indicam haver uma maior incidência de ejaculação (1) nas lesões do motoneurónio inferior, que nas lesões do motoneurónio superior; (2) nas lesões medulares de nível inferior, que de nível superior; e (3) nas lesões incompletas, comparativamente às lesões completas (Comarr, 1977; Higgins, 1978).

Stein (1992), refere que apenas cerca de 10% dos indivíduos com LVM vivenciam algum tipo de emissão seminal e ejaculação propriamente dita.

Gittler et al. (2001), referindo-se apenas à ejaculação anterógrada, revelam que esta se encontra ausente na maioria dos indivíduos com este quadro clínico.

Para ocorrer a ejaculação de forma funcional, é necessária a preservação dos segmentos dorso-lombares D₁₁ e L₂ e dos segmentos sacrados S₂ a S₄, assim como as suas aferências e eferências (Andrade, 2000). Segundo Carvalho e Andrade (1993), nas lesões situadas até D₁₁ a ejaculação é possível; nas lesões de D₁₁, D₁₂ e L₁, a ejaculação é impossível; e nas lesões abaixo de L₁ a ejaculação é precoce, quando a medula sagrada não se encontra afectada, e em forma de baba quando esta se apresenta com lesão.

Bors e Comarr (1960) verificaram que apenas 4% dos homens com lesão completa do motoneurónio superior, em oposição aos 32% dos que apresentavam lesão incompleta, conservavam a ejaculação após a lesão. Relativamente aos indivíduos com lesão do motoneurónio inferior, verificaram que 18% deles com lesão medular completa, eram capazes de ejacular; dos indivíduos com lesão medular incompleta, cerca de 70% deles também apresentavam essa capacidade.

Comparativamente à situação pré-lesional, Alexander et al. (1993) constataram que 34% dos indivíduos avaliados eram capazes de ejacular, embora, destes, apenas dois indivíduos com paraplegia incompleta (5%), relatassem uma ejaculação semelhante à da situação antes da lesão.

Capacidade orgásmica

Surge na literatura a referência ao orgasmo e à ejaculação como eventos idênticos, o que faz com que essas referências não sejam enquadradas num padrão para inferências futuras. Enquanto que o orgasmo é um evento cognitivo, a ejaculação é uma ocorrência física (Schimtz, 1993).

Mesmo na ausência de qualquer função motora ou sensitiva nos órgãos genitais, o orgasmo pode ser vivenciado pois, segundo Stein (1992), o orgasmo é uma experiência psicológica que depende da integridade dos centros sexuais a nível cerebral.

Segundo Lianza et al. (2001), estando a sensibilidade na área genital perdida, teoricamente, a possibilidade de atingir o orgasmo mediante a estimulação sexual directa da genitália encontra-se comprometida, sobretudo

nas lesões completas. No entanto, a sensibilidade acima do nível da lesão pode ser estimulada e tornar-se fonte de erotismo.

Após a lesão, a típica sensação de prazer quase simultânea à ejaculação está ausente, persistindo no entanto um orgasmo emocional, não dependente dos circuitos funcionais eventualmente perdidos. Vários indivíduos relatam que após a LVM, a capacidade orgásmica reaparece passados alguns meses, ou até anos, referenciando um orgasmo psicológico que é comparado com a uma experiência intensa e impetuosa, traduzindo uma combinação de fantasias, memórias de orgasmos e excitação associada ao envolvimento sexual global (Ducharme e Gill, 1997).

Alexander et al. (1993), verificaram que 47% dos indivíduos com LVM, referiam ter orgasmo, mas apenas uma pequena percentagem deles relatavam ser uma experiência idêntica à vivenciada antes da lesão. No mesmo sentido, Phelps et al. (2001) registaram que 68% dos indivíduos estudados relatavam experienciar o orgasmo, embora 60% deles revelavam que as sensações proporcionadas eram diferentes às da época antes da lesão.

Kreuter et al. (1994), constataram que 53% dos indivíduos estudados eram orgásmicos e que destes, apenas 23% revelavam que tal situação acontecia quase sempre.

Segundo Ducharme et al. (1992), é frequente a descrição do orgasmo por parte dos indivíduos com LVM, como um súbito aumento da espasticidade, seguido de um relaxamento muscular global, sensações de prazer na região do abdómen, pélvis e coxas e, ocasionalmente, sensações dolorosas.

Satisfação sexual

Relativamente à satisfação sexual, vários estudos apontam para que esta seja percebida num grau inferior, após a ocorrência de uma LVM. Berkman et al. (1978), citado por Cardoso, (2003), verificaram que 77% dos indivíduos da sua amostra consideravam que a sua satisfação sexual encontrava-se reduzida após a lesão, embora 41% relatassem que a sua vida sexual ainda era satisfatória. Page et al. (1987) constataram que 42% dos indivíduos estudados se sentiam completamente satisfeitos com as suas relações sexuais, 45% moderadamente satisfeitos e 11% totalmente insatisfeitos. Siösteen et al. (1990) verificaram que dos 96% dos indivíduos que

se percepcionavam como sexualmente satisfeitos antes da lesão, apenas 57% mantinham a mesma opinião após a ocorrência da mesma. Surge assim, a insatisfação sexual associada às alterações motoras e sensoriais, às dificuldades orgásmicas e à diminuição na auto-estima. Alexander et al. (1993) referenciaram que, no período anterior à lesão, 84% dos indivíduos declaravam estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua vida sexual, enquanto que no período posterior à lesão, este valor era muito inferior, existindo mesmo 41% que revelavam estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos.

Kreuter et al. (1996), referem que as perdas sensoriais e motoras e a insuficiente capacidade de obter e manter a erecção, constituíam os factores que prioritariamente interferiam negativamente com o grau de satisfação sexual. No mesmo sentido, Phelps et al. (1983), concluíram que a diminuição da satisfação sexual deve-se em grande parte às dificuldades motoras e à incapacidade para obterem o orgasmo. Em contrapartida, a disponibilidade comunicacional, a honestidade mútua, o recurso a fantasias sexuais e a experiência de várias formas de expressão sexual foram referenciadas como formas de contribuição para a manutenção de um relacionamento sexual satisfatório (Kreuter et al., 1996).

No estudo de SiÖsteen et al. (1990), verificaram que a capacidade de satisfazer sexualmente as parceiras após a LVM, encontrava-se inalterada em 57% dos indivíduos com LVM da amostra.

Todos estes estudos revelam dados referentes a indivíduos com parceira sexual, no entanto, os níveis mais baixos de insatisfação sexual nos LVM, são referenciados pelos indivíduos sem parceira sexual (Halsted et al., 1978, citado por Cardoso, 2003).

Fertilidade

Existem diversas opções com vista a aumentar as hipóteses reprodutivas dos indivíduos com LVM e das suas parceiras.

Os indivíduos com LVM apresentam elevados índices de infertilidade (Sipski, 1997; Sipski e Alexander, 1998; Heruti et al., 2001), resultado da incapacidade ejaculatória e da qualidade e quantidade do esperma, podendo os espermatozóides apresentar uma anormal morfologia, assim como uma

mobilidade reduzida (Stein, 1992; Sipski e Alexander, 1998; Monga et al., 1999).

No que respeita ao tipo de lesão, Ducharme et al. (1992), referem que os indivíduos com lesões incompletas e com lesão dos motoneurónios inferiores, têm maior probabilidade de conservarem a sua fertilidade do que os que apresentam lesões completas.

As infecções do tracto urinário, o tipo de funcionamento da bexiga, a anormalidade da histologia testicular, a presença de hipertermia testicular, as mudanças nos perfis hormonais sexuais, os anticorpos do esperma, bem como a estagnação deste nos canais seminais devido à anejaculação, fazem parte das várias explicações que têm sido sugeridas para explicar a alteração da mobilidade do esperma nos indivíduos com LVM (Linsenmeyer e Perlash, 1991).

Para estes indivíduos e suas parceiras, as questões da fertilidade assumem especial interesse. Segundo Rucker et al. (1989), 80% dos 170 indivíduos por eles estudados com LVM, expressaram a necessidade de obter informação sobre técnicas para facilitar a ejaculação e métodos para aumentar a quantidade espermática.

Vários são os métodos existentes, de forma a melhorar as capacidades destes indivíduos. A estimulação vibratória peniana e a electroejaculação rectal, constituem os principais métodos de ejaculação assistida (Sipski, 1997; Sønksen et al., 1999).

Estudos efectuados para avaliar a eficácia destes métodos, revelaram que testes comparativos sobre a quantidade e qualidade do esperma, através da estimulação vibratória, revelaram encontrar esperma em 64% das ejaculações retrógradas e 70% nas ejaculações anterógradas. Segundo Andrade et al. (2002), o insucesso desta técnica em lesões abaixo de D₁₀ deve-se à disfunção do centro medular simpático, dos aferentes sensitivos e motores, ou a uma combinação de lesões.

Relativamente à electroejaculação, esta é utilizada quando a técnica anteriormente descrita não produz os resultados pretendidos. É utilizada há já vários anos, principalmente em lesões abaixo de D₁₀ e em lesões neurológicas periféricas (Andrade, 2000). Esta estimulação é efectuada mediante a indução

de uma voltagem progressivamente mais elevada, até que ocorra ejaculação (Biering-Sørensen e Sønksen, 2001).

Comparando estas duas técnicas, no que respeita à qualidade do esperma, Ohi et al. (1997) verificaram que não existiam diferenças significativas na contagem de esperma anterógrado, no entanto as células espermáticas obtidas através da vibração peniana apresentassem maior mobilidade, viabilidade e um maior número de espermatozóides móveis.

No caso de ambas as técnicas falharem, Sønksen et al. (1999), colocam como hipótese a extracção cirúrgica de esperma.

Apesar de alguns indivíduos pretenderem apenas conhecer a sua capacidade reprodutora, a maioria deles faz colheita de esperma com a finalidade reprodutora imediata. Após a sua colheita, o esperma é analisado, sendo muitas das vezes crio conservado, para posteriormente ser utilizado na reprodução assistida (Andrade, 2000).

Independente da forma de colheita do sémen, a fertilização *in vitro* constitui uma alternativa de reprodução, especialmente em casais menos jovens (Biering-Sørensen e Sønksen, 2001).

Num estudo efectuado em Portugal, com seis casais constituídos por um elemento masculino afectado por uma LVM, a técnica de reprodução assistida para obtenção do esperma foi a electroejaculação e, dada a sua fraca qualidade, foram também efectuadas micro injeções intra-citoplasmáticas, que resultaram em quatro gravidezes de termo que decorreram sem qualquer complicação (Andrade et al., 2002).

Biering-Sørensen e Sønksen (2001), verificaram no seu estudo que a taxa global média de gravidez por ciclo rondava os 25%, utilizando técnicas combinadas de electroejaculação, vibração peniana, bem como a inseminação intra-uterina e a fertilização *in vitro*.

Reabilitação sexual

A reabilitação de um indivíduo com LVM é um processo muito complexo e prolongado no tempo, sendo a área da sexualidade um aspecto a estar presente neste contexto global da reabilitação.

Vários estudos têm revelado as grandes preocupações e dúvidas dos indivíduos com LVM relativamente à sua sexualidade, que gostariam de ver

abordadas (SiÖsteen et al., 1990; Sipski e Alexander, 1992; Phelps et al., 2001).

Quando nos referimos à reabilitação sexual, temos de ter sempre presente a ideia de que o objectivo principal é redefinir a sexualidade, prioritariamente através da mudança de atitudes. Toda a restante intervenção deverá decorrer deste princípio, envolvendo quer os aspectos relacionados com a condição física, quer as dificuldades típicas da população em geral com disfunção sexual (Cardoso, 2003, p.311).

Schuler (1982), a partir de vários programas de aconselhamento sexual em indivíduos com LVM, encontrou vários princípios comuns em todos eles, como sendo: a responsabilização mútua; a informação e educação; a eliminação da ansiedade no desempenho, principalmente no que respeita à capacidade de agradar a parceira; o aumento da comunicação e da eficácia técnica do casal; e a promoção de mudanças ao nível das atitudes, comportamentos, dos papéis sexuais e do estilo de vida, no que concerne à forma de expressar a sua sexualidade.

A necessidade de um programa de reabilitação englobando os aspectos da sexualidade, remonta a década de setenta (Comarr e Vigue, 1978), sendo mesmo considerada mais tarde como obrigatória, em qualquer programa de reabilitação (Tepper, 1992).

Carvalho e Andrade (1993), sugerem como abordagem inicial, após uma estabilização do doente, uma avaliação psico-sexual, que não se restrinja à dimensão funcional, isto é, às capacidades orgânicas inerentes à resposta sexual e reprodução, devendo incidir também nos padrões de comportamento já vivenciados antes da lesão, o grau de satisfação sexual, a dinâmica relacional e comunicacional com a parceira, não esquecendo o tipo de crenças e expectativas em relação à sexualidade, valores atribuídos, papéis, auto-conceito, imagem corporal e eventualmente a presença de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa. Referem também a importância do conhecimento de determinados aspectos antes da lesão, nomeadamente a existência de disfunção sexual, experiências sexuais, atitudes, comportamentos, desempenhos e estilo de vida.

Segundo Dunn (1983), qualquer programa deve iniciar por aquilo que o indivíduo revela como sendo mais problemático.

Muitos dos indivíduos com LVM evitam a interacção social em virtude de se auto-percepcionarem como sexualmente incapacitados (Teal e Athelstan, 1975). Sabe-se também que frequentemente associada à disfunção sexual, como já referimos anteriormente, encontramos sintomatologia ansiosa e depressiva.

Tendo em conta que nestes indivíduos a sexualidade é uma das mais importantes componentes do restabelecimento de um auto-conceito e auto-estima positivos, a intervenção terapêutica, nas suas diferentes abordagens, assume um papel de extrema importância, de forma a potencializar as capacidades residuais e a desenvolver novas aptidões.

Vários estudos tentam descrever e explicar a relação entre o estado de saúde e bem-estar e a actividade física, suscitando demasiado interesse nos profissionais de saúde e da actividade física.

Porém, quando nos debruçamos na área da sexualidade, estes são raros e constatamos a sua quase inexistência quando pretendemos a sua relação na área da deficiência.

Perante o exposto, consideramos oportuno apresentar um estudo exploratório realizado em Espanha por Rodriguez et al., citado por Serpa e Araújo (2002), cujo objectivo principal era verificar a relação entre a actividade sexual e a prática de actividade física.

Os autores definiram como hipótese de trabalho a existência de melhores níveis de actividade sexual num grupo de indivíduos praticantes de actividade física regular relativamente a um grupo de indivíduos que não praticavam actividade física. As variáveis em estudo eram o número de interacções sexuais e o número de orgasmos obtidos durante duas semanas, assim como as sensações subjectivas de prazer do indivíduo e da sua parceira.

Apesar de não se encontrarem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto ao número de contactos e orgasmos, estes foram superiores no grupo de indivíduos que praticavam actividade física. No entanto, relativamente às sensações subjectivas de prazer, os indivíduos do grupo de controlo assim como as suas parceiras, demonstraram valores superiores.

Como conclusão final, e atendendo às limitações metodológicas que o estudo revelava, não pareceu estar muito clara a possível relação entre a

actividade física e a actividade sexual, alertando os autores para a necessidade de continuar a investigação neste campo, servindo o estudo de ponto de partida para estudos futuros.

3. A Actividade Física na LVM

3.1 A ACTIVIDADE FÍSICA NA DEFICIÊNCIA

A actividade física, quando se refere ao movimento, é considerada como uma habilidade motora (como andar, correr, levantar, empurrar, etc.) e o seu relacionamento funcional com o meio ambiente. A actividade física refere-se à totalidade de movimentos executados no contexto do desporto, da aptidão física, da recreação, do lazer, do jogo e do exercício. Num sentido mais lato, é todo o movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que provoca um gasto de energia (Barbanti, 1994).

Ansher et al. (1991) consideram a actividade física como sendo o movimento do corpo humano do qual resulta um dispêndio energético superior ao gasto a nível metabólico em repouso.

Relativamente à prática de actividade física por parte da pessoa com deficiência, surge-nos o conceito de actividade física adaptada. Esta, é uma área do conhecimento da Educação Física e Desportiva que tem por objectivo privilegiar uma população caracterizada como portadora de deficiência ou de necessidades educativas especiais, e desenvolve-se através de actividades psicomotoras, desporto pedagógico, recreação e lazer e, técnicas de orientação e locomoção (Rosadas, 1994).

A *American Association for Health, Physical Education, Recreation and Dance*, define a actividade física adaptada como sendo um programa diversificado de actividades desenvolvimentistas, jogos e ritmos adequados aos interesses, capacidades e limitações da pessoa com deficiência. No mesmo sentido, Pedrinelli (1994) salienta que toda a programação da actividade física deve ser adequada aos interesses, capacidades e limitações dos indivíduos, sendo esta destinada a discutir os problemas bio-psico-sociais da população considerada de baixo rendimento motor: portadores de deficiências sensoriais

(visual e auditiva); deficiência mental, deficiência motora e múltiplas deficiências.

Segundo Peralta (1989), a actividade física adaptada tem como objectivos:

- Desenvolvimento físico e aquisição de destrezas manipulativas, sensitivas e motoras, de agilidade e força corporal;
- Desenvolvimento das estruturas mentais que conduzirá a lógica do pensamento;
- Desenvolvimento das capacidades de compreensão e expressão que favorecem a comunicação;
- Ganho de afectividade integrada como consequência de um desenvolvimento e de um controlo emocional, que capacite para uma adaptação positiva à realidade;
- Superação das limitações que provocam na pessoa um desequilíbrio funcional da sua personalidade;
- Aquisição e utilização funcional de hábitos comportamentais, higiene e cuidados pessoais, necessários para a sua independência, cuidado e autonomia;
- Desenvolvimento de atitudes e condutas desejáveis, que facilitem a autonomia, a adaptação e a integração social;
- Aquisição de conhecimentos que o familiarizem com a realidade natural e social que o rodeia, necessários para a sua vida prática diária;
- Aquisição de habilidades e destrezas que lhe orientam para formação profissional;
- Formação de atitudes pessoais, profissionais e sociais que possibilitem a sua integração social.

Para Ferreira (1993), a actividade física para a pessoa com deficiência é um conceito muito global, obrigando a uma atitude de análise multidimensional. Neste sentido, o autor considera-a uma fonte de contribuição para melhorar os padrões normais de movimento; desenvolver autonomia motora; proporcionar

alegria ao movimento; ser uma situação de sucesso perante si próprio e os companheiros; proporcionar o desejo normal e saudável de progredir, de fazer novas conquistas, descobrindo potencialidades e limitações, logo o melhor conhecimento e aceitação de si próprio, que juntamente com as vivências de situação de sucesso contribuem para um aumento da confiança, melhoria do auto-conceito, auto-domínio e capacidade de iniciativa; favorecer a aceitação de valores, contribuindo para o desenvolvimento da socialização; estimular e desenvolver a comunicação; e favorecer a imagem corporal, contribuindo para a aceitação do corpo e conseqüentemente a relação corporal e afectiva com os outros.

Segundo Almeida (1995), esta prática provoca relações de ajuda, de oposição, de paixão, de ódio, de fanatismo, de solidariedade, de companheirismo, etc., atributos estes muito importantes para a pessoa com deficiência. Só assim, terão a capacidade de transformar situações de conflito e rejeição numa melhoria do auto-conceito, devido a conquistas, resultados atribuídos a si próprios através da superação de incapacidades.

Para Ferrer (1995), a prática de actividade física adquire uma dupla finalidade, na procura de benefícios positivos para a pessoa com deficiência. Assim sendo, no âmbito dos benefícios físicos, o autor refere que todo o exercício físico tem efeitos fundamentais de carácter fisiológico que exercitam e melhoram as funções vitais do indivíduo, nomeadamente efeitos sobre as funções cardiovasculares, respiratórias, digestiva e de excreção; efeitos positivos sobre o controlo nervoso e endócrino; efeitos benéficos sobre os órgãos dos sentidos; influência positiva para a longevidade e preventiva da obesidade e do sedentarismo e, a nível biológico geral, a actividade física actua como biofeed-back positivo, sobre a resistência do indivíduo ao aparecimento de doenças e lesões. No âmbito dos benefícios psicológicos, o autor refere que estes são tanto ou mais importantes que os fisiológicos. Apresenta a actividade física como facilitadora de uma adaptação da pessoa com deficiência a uma nova condição social, assim como, ajuda importante para a tomada de consciência das suas possibilidades e, ao mesmo tempo, das suas limitações. Permite à pessoa com deficiência conhecer-se melhor e reconhecer-se como pessoa, integrando-se na colectividade desportiva e, por conseguinte, humana, em lugar de se afastar da vida social. Em suma, vai permitir consciencializar o

indivíduo que não há motivo para falar de incapacidades, mas sim, de capacidades diferentes.

Também para DeLisa (1992), a participação em desportos e um programa de boa forma física geral, são vistos como expressão de bem-estar e um passo em direcção da melhoria da saúde geral. Ganhos secundários incluem uma melhoria da auto-imagem, muitas vezes resultando num melhor relacionamento interpessoal. Numa mesma linha de raciocínio, Ferrer (1995) diz que a actividade física é uma fonte importante de saúde e de felicidade humana, assumindo grande importância na vida da pessoa com deficiência.

Sousa (1994), defende que a actividade física permite extravasar ou canalizar as nossas tensões, angústias, frustrações e agressividade, pois os nossos medos, inseguranças e incertezas, são minorados à medida que nos auto-afirmamos, nos conhecemos e nos desenvolvemos pela prática de actividade física orientada. A tendência para o desânimo e apatia é transformada num maior dinamismo, acentuação do prazer pelo movimento, auto-imagem positiva e maior disposição para a vida. O autor reforça mesmo a ideia de que através da actividade física, se facilita a transição de “doente” para “saudável” ou de “incapaz” para “apto”.

Consequentemente, tornam-se mais encorajados para novas tentativas e experiências, tendo um comportamento mais harmonioso com os outros, pois vivenciam uma maior aceitação social e procuram fazer parte da sociedade como seres activos, melhorando assim a sua qualidade de vida.

Em suma, sendo a actividade física e a prática desportiva sobejamente reconhecidas pelo seu valor terapêutico, psicológico e social, cobrindo não só a dimensão física, através do aumento da capacidade motora, mas também as dimensões do domínio psicológico e social, principalmente no que concerne à diminuição da ansiedade, do stress, à melhoria do auto-conceito e percepção da imagem corporal, (Varela, 1991; Ferreira, 1993; Almeida, 1995; Bastos, 1998), parece relevante verificar se a mesma terá influência na sexualidade de indivíduos que sofreram uma LVM.

3.2 EFEITOS DA ACTIVIDADE FÍSICA NA PESSOA COM LVM

A LVM provoca inúmeras alterações neuromusculares, esqueléticas, hormonais, metabólicas e psicológicas no indivíduo lesionado.

Estudos científicos (Cusick et al., 1990) revelam uma acentuada alteração no padrão de actividade do sistema nervoso central em resposta à lesão da medula espinal: as aferências maciças levam à reorganização do córtex cerebral e provavelmente das conexões subcorticais. Tais factos devem influenciar a nossa forma de pensar, a respeito do uso da actividade física para melhorar o desempenho motor e a força muscular em indivíduos que sofreram uma LVM (Frontera et al., 2001).

Seguidamente, apresentamos as principais adaptações que ocorrem no indivíduo com LVM, a nível músculo-esquelético, cardiorespiratório, metabólico, hormonal e cortical.

Adaptações músculo-esqueléticas à actividade física em indivíduos com LVM

A lesão da medula espinal leva a perda completa ou parcial do controlo voluntário dos músculos inervados abaixo do nível da lesão, perda de força e resistência muscular e desmineralização óssea. A perda de força e resistência muscular também inibe a resposta cardiorespiratória ao exercício, uma vez que a fadiga local evita que os músculos mantenham as cargas de trabalhos prescritas.

Segundo Pollack et al. (1989) e Bremner et al. (1992) o exercício regular, pela actividade voluntária ou estimulação eléctrica (EE) dos músculos paralisados, pode aumentar a força e a resistência de indivíduos com LVM, assim como pode diminuir o índice de desmineralização óssea (Garland et al., 1992; Hangartner et al., 1994).

A atrofia muscular por desuso apresenta problemas especiais para a reabilitação de indivíduos com LVM. A lesão dos motoneurónios espinais e dos

axónios das raízes ventrais produz uma desnervação dos músculos nos dermatómos supridos pela porção da medula envolvida na zona da lesão. Por vezes, numa extensão limitada, algumas fibras musculares desnervadas podem ser reinervadas por prolongamentos de axónios de motoneurónios que estão conectados a centros motores mais altos.

A maior parte do descondicionamento músculo-esquelético ocorre durante os seis meses iniciais após a lesão (Sloan et al., 1994), quando as alterações morfológicas e metabólicas nos músculos os tornam inadequados para períodos prolongados de contracção.

Martin et al. (1992), estudaram o tibial anterior de cinco indivíduos com lesão medular completa (C₆ - D₄), dois e onze anos após a lesão. Comparados com cinco indivíduos normais de controlo, os indivíduos com LVM tinham uma proporção substancialmente menor de fibras tipo I, menor área transversa, 40% de redução na actividade enzimática absoluta das fibras tipo I e II, índice de fibra por capilar significativamente menor e, reduzida actividade da desidrogenase succinato (SDH) para as fibras tipo I e II (as fibras tipo II parecem mais afectadas que as tipo I). Além disso, Grimby et al. (1976) observaram uma actividade significativamente menor da SDH e da fosfofrutocinase nos músculos das extremidades inferiores de indivíduos com LVM, do que nos músculos deltóides. De uma forma geral, as lesões da medula espinal parecem afectar uma mudança de fibras oxidativas lentas para fibras glicolíticas rápidas.

No que respeita à força e resistência muscular, os indivíduos com LVM podem enquadrar-se num treino de força e resistência de modo volitivo ou por meio de técnicas de estimulação eléctrica (EE) (Frontera et al., 2001).

O nível da lesão determina o tipo de treino. Embora alguns equipamentos de treino de força modificados estejam disponíveis para indivíduos com tetraplegia, normalmente estes são submetidos a técnicas específicas de EE, para tal efeito. Os indivíduos com paraplegia têm mais opções de treino para as extremidades superiores e podem usar técnicas de EE para condicionar os músculos das extremidades inferiores.

A força e a resistência dos músculos das extremidades superiores, são importantes para a propulsão da cadeira de rodas e para o desempenho das actividades diárias, como por exemplo, elevar-se para entrar e sair do carro. Os indivíduos com paraplegia, podem usar várias modalidades de exercícios,

incluindo ergometria, exercícios em equipamentos isocinéticos e isotónicos, além da participação activa em desportos em cadeira de rodas. Uma percepção comum é que, como a ergometria e os desportos em cadeira de rodas são primariamente aeróbicos, podem não fornecer estímulo suficiente para promover a hipertrofia muscular e aumento de força. Ainda assim, há evidência substancial de que essas modalidades de exercício podem aumentar a força e a resistência muscular (Davis et al., 1986; Davis e Shepard, 1990).

Neste sentido, Davis et al. (1986) observaram que os atletas de cadeira de rodas têm 10% a 57% mais de força nos membros superiores, que indivíduos inactivos com paraplegia.

Grimby (1980), observou aumentos de 20% a 100% no torque de abdução do ombro com treino de desporto em cadeira de rodas e natação.

Segundo Tesch e Karlsson (1983), os jogadores de basquetebol em cadeira de rodas têm fibras musculares do tipo II hipertrofiadas.

Relativamente à diferença entre indivíduos paraplégicos activos e inactivos, os atletas de cadeira de rodas com um treino específico, apresentam concentrações baixas a médias de enzimas aeróbicas e anaeróbicas por unidade de massa de músculos acima da zona de lesão, quando comparados com indivíduos normais não-treinados (Grimby, 1980).

Davis e Shepard (1990), avaliaram alterações da força isocinética após 16 semanas de treino ergométrico do antebraço. Apesar da natureza aeróbica do exercício, observaram aumento da potência muscular. Verificaram também algum ganho de função muscular no que respeita à potência muscular média e do pico máximo de força, especialmente com altas velocidades de contracção.

Também após 7 semanas de treino de força do tríceps, Nilsson et al. (1975) observaram que os indivíduos com paraplegia aumentaram a força muscular global em 19% e a resistência muscular global em 80%.

Como já referimos anteriormente, a actividade física adaptada a indivíduos com LVM traz inúmeras vantagens. A melhoria da força e resistência muscular será uma forma de melhorar a adaptação à condição motora imposta pela lesão. Indivíduos com LVM inactivos, apresentam menores níveis funcionais, conseqüentemente maiores dificuldades nas tarefas diárias.

Alterações na densidade óssea após LVM

Imediatamente após a LVM, um aumento da excreção de cálcio e hidroxiprolina cria um balanço negativo de cálcio, levando eventualmente à desmineralização e a um declínio na densidade óssea (Chantraine et al., 1986; Leeds et al., 1990; Hangartner et al., 1994), que pode prolongar-se por vários anos.

Num estudo com nove indivíduos com LVM, o equilíbrio entre a reabsorção e a síntese óssea não ocorreu até aproximadamente dois anos pós-lesão (Sloan et al., 1994). Num outro estudo, Hangartner et al. (1994) avaliaram a densidade óssea em 37 indivíduos com LVM com várias durações pós-lesão. Os resultados demonstraram que ocorre a perda na densidade óssea durante os dois primeiros anos, sendo 51.5% para o osso trabecular, 44.2% para o osso subcortical e, 32% para o osso cortical. De um modo geral, a perda de densidade óssea trabecular é de cerca de 7% em sete anos após a lesão, com registos de pouca perda nos anos seguintes.

Alterações osteoporóticas significativas foram observadas através de biópsia da crista ílica, logo após quatro semanas de instalação da lesão (Naftchi et al., 1980).

Relativamente aos efeitos da actividade física sobre a densidade óssea, embora tenham sido relatadas reversões de osteopnia em indivíduos normais após treino de marcha, existem achados inconsistentes a respeito da marcha sobre a densidade óssea de indivíduos com LVM (Abramson e Delagi, 1961; Claus-Walker et al., 1977; Kaplan et al., 1981).

Kaplan et al. (1981) após um treino de marcha em oito indivíduos com LVM (D₄ - L₅), avaliaram o cálcio fecal antes e após o treino. Com o treino, diminuíram significativamente a hipercaleiúria e alteraram de modo positivo o balanço de cálcio em pacientes com menos de três meses de lesão, com menores alterações naqueles que tinham mais de seis meses pós-lesão.

Hangartner et al. (1994), num estudo com 37 indivíduos com LVM, após treino de 12 semanas, verificaram uma redução na perda de osso (em média 0.2% a 3.3% por ano), em todos os parâmetros ósseos na porção distal da tíbia e, para a densidade óssea trabecular na porção proximal da tíbia. Os autores recomendam cuidados para o treino e permanência excessiva na posição de pé nestes indivíduos.

Em suma, nos indivíduos com LVM há uma substancial remodelação óssea, ocorrendo uma reabsorção com maior velocidade do que formação óssea (Chantraine et al., 1986).

O grau de remodelação óssea depende de vários factores, nomeadamente do grau de espasticidade, da dieta alimentar, do estilo de vida e da quantidade de actividade física praticada (Hangartner et al., 1994), que pelo exposto, leva à diminuição do índice de perda de densidade óssea presente nestes indivíduos.

Adaptações cardiorespiratórias à actividade física em indivíduos com LVM

A LVM impede o uso dos grandes músculos dos membros inferiores durante os exercícios voluntários. Sem a contribuição desses potentes músculos, é difícil obter benefícios cardiovasculares centrais do treino.

Com a inactividade física devido à lesão o coração, assim como os músculos esqueléticos, torna-se menos eficiente; e como ele faz uma ejeção com menos quantidade de sangue a cada contracção, necessitando de contrair mais frequentemente para atender às necessidades circulatórias mesmo em repouso.

Além da redução na eficiência cardíaca, os indivíduos com LVM apresentam uma redução na actividade simpática e no retorno venoso. Quando comparados com pessoas normais, os indivíduos com LVM exibem hipocinésia circulatória, que é um débito cardíaco reduzido para qualquer intensidade de exercício. Em média, os indivíduos com paraplegia têm 25% menos débito cardíaco do que os controlos em repouso (Hoffman, 1986).

O estímulo simpático reduzido limita a adaptação cardiovascular ao exercício em indivíduos com LVM, cuja resposta da frequência cardíaca à actividade aumenta em comparação com pessoas normais (Davis, 1993).

Os músculos esqueléticos das extremidades inferiores ajudam o retorno venoso durante o exercício. Como os indivíduos com LVM são incapazes de contrair voluntariamente os músculos das extremidades inferiores, a actividade de bomba necessária para um retorno venoso suficiente durante o exercício não ocorre. A espasticidade nos músculos paralisados pode ser um factor favorável (VanLoan et al., 1987). Para compensar o débito cardíaco diminuído,

os indivíduos com LVM necessitam de se tornar mais eficientes na extracção de oxigénio celular (Figoni et al., 1988).

O treino cardiovascular pode aumentar o débito cardíaco, melhorando a eficiência do sistema circulatório (Faghri et al., 1992).

Num estudo comparando indivíduos activos e inactivos paraplégicos, Davis e Shephard (1988) observaram que a frequência cardíaca submáxima para o grupo activo era menor que a do grupo inactivo e que o volume sistólico e o débito cardíaco eram mais elevados para o grupo activo.

No que se refere ao volume sanguíneo e ao conteúdo de hemoglobina, os indivíduos com LVM tendem a exibir uma redução do volume sanguíneo e do conteúdo de hemoglobina no sangue, sobretudo imediatamente após a lesão. Figoni et al. (1988), explicaram a diminuição do volume sanguíneo pelo acúmulo de sangue venoso na porção inferior do corpo, combinado com a extrusão do plasma dos capilares inferiores para dentro dos tecidos. Knutsson et al. (1973), observaram que o homem médio com LVM tem um volume sanguíneo de $5.15 \pm 0.82L$, vs. $6.05 \pm 0.82L$ para o homem médio saudável. O conteúdo de oxigénio segue uma tendência similar. Para homens com LVM, o conteúdo médio de hemoglobina era de $9.46 \pm 1.63g/Kg$ vs. $10.23 \pm 1.18g/kg$ para homens saudáveis.

Infelizmente, a actividade física tem pouco ou nenhum efeito directo sobre o volume sanguíneo ou o conteúdo de oxigénio (Gass e Camp, 1979). Em alguma extensão, o aumento do débito cardíaco pós-treino pode compensar através do aumento global da circulação.

Relativamente ao consumo de oxigénio durante o exercício, a necessidade das células activas em todo o corpo aumenta, devido ao seu papel na síntese de energia (ATP- adenosina trifosfato). O consumo máximo de oxigénio, é um indicador importante da função cardiovascular. De facto, um aumento do consumo de oxigénio é considerado como sendo a alteração mais significativa na função cardiovascular com o exercício aeróbio (McArdle et al., 1994). Além dos factores como a idade, o sexo e o condicionamento físico, que podem afectar o consumo máximo de oxigénio, em pessoas saudáveis, existem comprometimentos específicos para os indivíduos com LVM. Por exemplo, o nível de lesão pode explicar 46% de variabilidade no consumo máximo de oxigénio (Burkett et al., 1990). Lesões mais altas (tetraplegias),

levam a um desempenho cardiovascular pior que as lesões torácicas ou lombares (VanLoan et al., 1987; Burkett et al., 1990).

Contudo, é possível que a actividade física tenha um efeito sobre o consumo de oxigénio em indivíduos com LVM, pois com refere Hoffman (1986) a capacidade de exercício aumentou, demonstrado por um aumento do consumo máximo de oxigénio, do desempenho no trabalho e/ou por diminuição das medidas do exercício submáximo após o treino, usando várias intensidades e durações das sessões. Após 4 a 20 semanas de treino, a melhoria média no consumo máximo de oxigénio foi na ordem dos 20%.

No que se refere às adaptações na pressão arterial sistólica (PAS) e na diastólica (PAD), estas sugerem uma melhoria na função cardiovascular em indivíduos com LVM após a participação num programa específico de actividade física. Após pelo menos cinco semanas de treino, os investigadores viram reduções nas PAS máxima (Ragnarsson, 1988; Faghri et al., 1992; Kim et al., 1993) e na PAD máxima (Ragnarsson, 1988; Pollack et al., 1989; Faghri et al., 1992) durante o exercício.

Os indivíduos com lesões a níveis mais altos também demonstraram PAS e PAD médias de exercício mais baixas, além de uma resposta anormal da PAS de exercício quando comparados a paraplégicos e a grupos de controlo. Os indivíduos com paraplegia tendem a exibir respostas ao treino na PAS e na PAD semelhantes aos controlos, tanto em repouso como durante o exercício (Drory et al., 1990).

Como verificamos anteriormente, a função cardiovascular é influenciada por vários factores fisiológicos, incluindo o débito cardíaco, a frequência cardíaca, o volume sistólico e diastólico, o consumo máximo de oxigénio e a pressão arterial, todos eles modificados em indivíduos com LVM e susceptíveis de alteração com a actividade física. Como tal, será de extrema importância a participação em actividades físicas, pois os benefícios encontrados serão fundamentais para a diminuição do risco de doença cardiovascular.

Adaptações hormonais e metabólicas à actividade física em indivíduos com LVM

Os indivíduos com LVM tendem a ter respostas hormonais e metabólicas insuficientes ao exercício. As respostas normais requerem um centro motor

funcional, nervos aferentes dos músculos que trabalham e um sistema nervoso central intactos. Ademais, exibem apenas retro alimentação humoral e espinal ou simples mecanismos nervosos autonómicos reflexos, insuficientes para uma resposta adequada ao exercício (Kjaer et al., 1996).

O Quadro seguinte resume as respostas hormonais e metabólicas das pessoas com LVM, face à actividade física.

Quadro 1 - Resumo das características hormonais e metabólicas dos indivíduos com LVM, quando comparados com indivíduos saudáveis.

	LVM vs. Saudáveis em repouso	Saudáveis durante o exercício	LVM durante o exercício
Glicose plasmática	Na LVM é mais baixa	Pouca ou nenhuma alteração	Diminuição
Insulina plasmática	Pouca ou nenhuma diferença	Diminuição durante algumas actividades, ou nenhuma alteração	Aumento durante algumas actividades, ou nenhuma alteração
Acido láctico	Pouca ou nenhuma diferença	Aumento	Resposta superior aos saudáveis
Somatotropina	Na LVM é superior	Aumento	Resposta superior aos saudáveis
ACTH	Pouca ou nenhuma diferença	Aumento	Aumento durante algumas actividades ou sem alteração
β-endorfinas	Pouca ou nenhuma diferença	Aumento	Aumento durante algumas actividades ou sem alteração
Testosterona	Na LVM retorna à condição basal, após a estabilização que segue a supressão inicial induzida pelo traumatismo	Aumento	Aumento
Catecolaminas	Na LVM é inferior	Noradrenalina: aumenta Adrenalina: sem alteração	Noradrenalina: Aumento durante algumas actividades ou sem alteração Adrenalina: nenhuma alteração
Renina	Pouca ou nenhuma diferença	Aumento progressivo durante o exercício depois declínio no final	Aumento que continua por toda a recuperação
Colesterol	Na LVM é superior	Diminuição com o exercício crónico	Diminuição com o exercício crónico
Metabolismo	Na LVM é inferior	Aumento	Aumento

(Fonte: Galbo, 1983; Dearwater et al., 1986; Hardison et al., 1987; Pollack et al., 1989; Hooker et al., 1990; Bostom et al., 1991; McArdle et al., 1994; Kjaer et al., 1996; Burstein et al., 1996; Wheeler et al., 1996).

Como podemos observar no Quadro 1, os indivíduos com LVM que praticam actividade física apresentam alterações hormonais e metabólicas semelhantes aos indivíduos saudáveis. No entanto, atendendo às alterações do funcionamento global dos indivíduos que sofreram uma LVM, é normal encontrarmos níveis diferentes entre eles.

Relativamente à resposta da glicemia em indivíduos saudáveis que praticam actividade física, estes aumentam tanto a produção de glicose como a sua utilização. Em indivíduos com LVM a utilização da glicose aumenta, mas a sua produção não se altera, apenas diminui o nível de glicose plasmática.

Em relação à insulina plasmática, esta aumenta nos indivíduos com LVM durante o exercício, exibindo apenas pequenas alterações em indivíduos saudáveis.

O metabolismo é inferior nos indivíduos com LVM, no entanto com o exercício aumenta em ambos os grupos (LVM vs. Saudáveis). O mesmo se verifica na produção de catecolaminas e testosterona.

A formação de ácido láctico, assim como a excreção de somatotropinas, aumenta com a actividade física em ambos, sendo superior nos indivíduos com LVM.

A libertação de β -endorfinas é superior nos indivíduos saudáveis, mas atendendo ao tipo de actividade realizada, pode aumentar também nos indivíduos com LVM ou não sofrer qualquer tipo de alteração.

Relativamente à renina, libertada em resposta ao fluxo sanguíneo restrito aos rins, aumenta progressivamente durante o exercício em indivíduos saudáveis, verificando-se um declínio logo após o término do exercício. Nos indivíduos com LVM, aumenta durante o exercício e continua a aumentar durante o período de recuperação.

No que respeita aos níveis de colesterol, são mais altos nos indivíduos com LVM que em saudáveis em repouso, no entanto, verifica-se uma diminuição em ambos com a cronicidade do exercício.

Para finalizar, atendendo às complicações secundárias frequentemente existentes nos indivíduos com LVM, o sedentarismo é mais um dos factores que irá influenciar o seu agravamento. O aumento de peso, assim como a

diminuição do gasto energético e da necessidade calórica estão interrelacionados com a limitação imposta pela lesão, assim como pelo estilo de vida adoptado por estes indivíduos. Atendendo aos benefícios que a actividade física lhes confere, será de todo necessário alertá-los para complicações futuras caso não pratiquem qualquer tipo de actividade.

Adaptações corticais à actividade física em indivíduos com LVM

Uma crescente actividade de pesquisa tem demonstrado a plasticidade do córtex somatosensorial, após a aferenciação da lesão periférica (Cusick et al., 1990), amputação experimental ou adventícia (Kelahan e Doetsch, 1984) ou LVM (Casanova et al., 1991). A reorganização cerebral também ocorre após estimulação periférica sustentada e experiência (Recanzone et al., 1993). Merzenich et al. (1984), observaram que após a amputação de um ou dois dedos em macacos, os campos somatotrópicos corticais adjacentes expandiram-se num período de meses a anos. Achados semelhantes foram relatados em guaxinis (Kelahan e Doetsch, 1984) e em gatos após LVM experimental (Casanova et al., 1991), que revelam uma reorganização cortical substancialmente mais abrangente do que se supunha, e pode indicar que a reorganização ocorre a nível subcortical (Pons et al., 1991; Ramachandran, 1993).

A estimulação magnética transcranial, foi utilizada para mapear o córtex motor de quatro indivíduos com LVM em fase aguda, de C₅-C₆. Os mapas corticais expandidos do bicípede contralateral preservado, foram relatados seis dias após lesão, indicando uma reorganização motora precoce (Streletz et al., 1995).

Relativamente ao funcionamento cognitivo e de percepção, tentaram avaliar directamente o seu funcionamento na LVM. Utilizando medidas electroencefalográficas, Richards et al., (1986) estudaram indivíduos com paraplegia e tetraplegia utilizando uma tarefa de vigilância auditiva. As medições foram similares para os grupos de controlo e ambos os grupos experimentais.

Muitos estudos estão a ser feitos nesta área, tentando utilizar diversificadas técnicas para melhorar a performance de indivíduos com LVM.

Há uma crença cada vez maior de que formas alternativas de reabilitação, usadas o mais precocemente possível, podem prevenir complicações secundárias e ajudar na reversão da situação. No entanto, ainda muito está para descobrir, e muito há ainda para explorar no terreno.

3.3 EFEITOS DA INACTIVIDADE CRÓNICA NA PESSOA COM LVM

Como já fomos referindo ao longo deste capítulo, várias são as complicações que surgem nos indivíduos com LVM, na sequência da inactividade física.

Deste modo, a importância da actividade física regular e da participação em actividades desportivas para a reabilitação de indivíduos com LVM, tem sido largamente reconhecida.

A lesão da medula espinal geralmente reduz a capacidade do indivíduo para participar nas actividades vigorosas necessárias para manter um estilo de vida saudável; por isso, aumenta a prevalência de comprometimentos secundários como a doença cardiovascular e a diabetes *mellitus*.

A inactividade crónica é conhecida como tendo efeitos debilitantes sobre o estilo de vida, podendo aumentar a morbilidade e a mortalidade mesmo em indivíduos aptos. De acordo com os resultados do consenso de 1995 do *National Institutes of Health*, a ausência de actividade física regular é um factor de risco importante de doenças cardiovasculares (NIH, 1995). O problema torna-se mais grave, quando direccionado a indivíduos com LVM, pois apresentam um índice de mortalidade por doenças cardiovasculares superior ao da população em geral (Kocina, 1997). A participação regular num programa de exercício estruturado, pode reduzir o risco de doença cardiovascular e melhorar a autonomia para o desempenho das actividades diárias.

A inactividade física pode levar também à desmineralização óssea, à atrofia dos músculos esquelético e cardíaco, à diminuição da massa corporal magra, à redução do conteúdo de água corporal e do volume sanguíneo e ao aumento da gordura corporal (Figoni, 1993).

No mesmo sentido Kocina (1997), refere que indivíduos com LVM fisicamente inactivos, apresentam níveis de gordura corporal que os colocam em situação de maior risco de doenças associadas à obesidade, enquanto que

indivíduos com uma actividade física regular apresentam níveis menores, porém ainda acima da média de gordura corporal.

Uma vez que o conteúdo mineral ósseo diminui aproximadamente 25% a 50% nos membros paralisados (dependendo do nível, extensão e da duração da lesão), estes indivíduos apresentam um grau maior ou menor de osteoporose (Kocina, 1997). De igual modo, Hangartner et al. (1994) referem que a inactividade física leva a desmineralização óssea e maior incidência de osteoporose.

A atrofia dos músculos esqueléticos leva a uma redução de cerca de 30% nas proteínas corporais e uma redução de 15% no índice de água corporal total em relação ao peso corporal.

Atendendo a que a LVM impede a ampla participação em muitas das actividades físicas disponíveis para as pessoas sem qualquer tipo de lesão, várias modalidades foram adaptadas com sucesso para estes indivíduos, nomeadamente, o basquetebol em cadeira de rodas; o hóquei; o atletismo; a natação; provas de campo em cadeira de rodas (peso, dardo e disco); tiro; esgrima, ténis-de-mesa, entre outras.

Noreu e Shephard (1992), referem que indivíduos com LVM que apresentam um estilo de vida sedentário, sem praticarem qualquer tipo de actividade física, têm uma menor probabilidade de obtenção de emprego rentável.

Em suma, a inactividade física deve ser de todo suprimida nesta população, pois com a actividade não apenas melhora a força e a resistência muscular, a função cardiorespiratória e a amplitude de movimento, como também surgem um conjunto de benefícios psicológicos fundamentais para o bem-estar físico, psicológico e social, essencial para uma melhor qualidade de vida destas pessoas.

III. OBJECTIVOS, QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E VARIÁVEIS EM ESTUDO

OBJECTIVOS DO ESTUDO

OBJECTIVO GERAL

Constitui-se como principal objectivo deste estudo:

- Verificar se a actividade física influencia as diversas dimensões da sexualidade em indivíduos do sexo masculino que sofreram uma lesão vértebro-medular.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Como objectivos secundários propomos:

- Descrever e analisar as diversas dimensões da sexualidade masculina em indivíduos com LVM praticantes e não praticantes de actividade física;
- Analisar a influência das características demográficas (idade, estado civil e habilitações literárias) e do factor temporal (anos pós-lesão), sobre as várias dimensões da sexualidade em indivíduos do sexo masculino com LVM, praticantes e não praticantes de actividade física;
- Analisar as relações entre as várias dimensões da sexualidade e o grau de funcionalidade, a personalidade e os sintomas psicopatológicos.

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

1. Será que as diversas dimensões da sexualidade apresentam diferenças consoante os indivíduos com LVM pratiquem ou não actividade física?
2. Será que as dimensões da sexualidade apresentam diferenças nestes indivíduos consoante a idade, o estado civil e as habilitações literárias?
3. Será que as dimensões da sexualidade estarão dependentes da extensão da lesão? No caso de se verificar relação entre a extensão e as diferentes dimensões da sexualidade, de que forma é que esta se manifesta?
4. Será que as dimensões da sexualidade estarão dependentes do factor tempo pós-lesão? No caso de se verificar relação entre o tempo pós-lesão e as dimensões da sexualidade, de que forma é que esta se manifesta?
5. Será que as dimensões da sexualidade estarão dependentes do grau de funcionalidade? No caso de se verificar relação entre o grau de funcionalidade e a sexualidade, de que forma é que esta se manifesta?
6. Será que as dimensões da sexualidade estarão relacionadas com as diversas dimensões da personalidade? No caso de se verificar uma relação entre a personalidade e a sexualidade, de que forma é que esta se manifesta?
7. Será que as dimensões da sexualidade estarão relacionadas com os diversos sintomas psicopatológicos? No caso de se verificar uma relação entre os sintomas psicopatológicos e a sexualidade, de que forma é que esta se manifesta?

VARIÁVEIS EM ESTUDO

No presente estudo foram identificadas as seguintes variáveis:

Variáveis Independentes:

- Idade;
- Estado civil;
- Habilitações literárias;
- Actividade profissional;

- Lesão vértebro-medular:
 - Nível de lesão;
 - Extensão da lesão;
 - Causa da lesão;
 - Tempo decorrido após a lesão;

- Prática ou não de actividade física regular.

Variável Dependente:

Várias dimensões da sexualidade:

- Função erétil;
- Função orgásmica;
- Desejo sexual;
- Satisfação sexual;
- Satisfação geral.

Variáveis Moderadoras:

- Funcionalidade;
- Personalidade;
- Psicopatologia.

IV. Material e Métodos

Definidos os objectivos, formuladas as questões de investigação e identificadas as variáveis dependentes e independentes para o nosso estudo, apresentamos de seguida a população em estudo e os critérios utilizados para a selecção da amostra, descrevendo os instrumentos utilizados e sua forma de aplicação. Apresentamos posteriormente os procedimentos estatísticos utilizados, assim como uma breve discussão metodológica do estudo.

1. TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho orientou-se para o estudo da influência da actividade física na sexualidade de indivíduos que sofreram uma LVM.

Estando na presença de uma área de investigação escassamente desenvolvida em Portugal, e acerca da qual não foram encontradas referências na literatura conclusivas, o presente estudo tem um carácter essencialmente exploratório.

No âmbito desta tipologia, o desenho do estudo (Figura 1) apresenta-nos um estudo transversal, direccionado para análises descritivas, diferenciais e correlacionais.

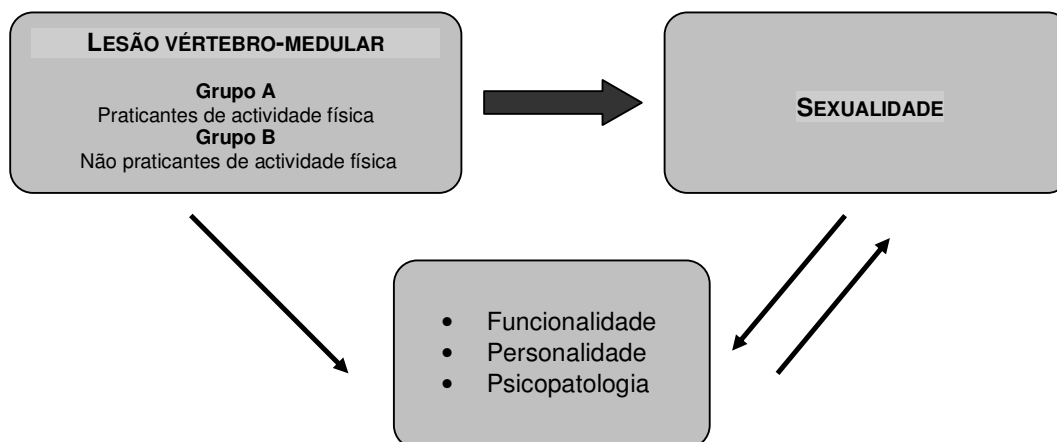


Figura 1 - Desenho do estudo.

2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

2.1 CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DA AMOSTRA

A amostra utilizada neste estudo foi de conveniência, como frequentemente acontece com os trabalhos realizados no contexto dos sistemas de saúde. A amostra foi obtida de forma sequencial, sendo incluídos os indivíduos elegíveis conforme iam surgindo no decorrer desta pesquisa.

Foi recrutada a partir de uma população de indivíduos do sexo masculino, que sofreram uma LVM traumática ou provocada por uma doença não evolutiva, com uma evolução no mínimo de dois anos, apresentando um quadro motor de paraplegia ou paraparésia (a partir da Classe 3, segundo a classificação da *International Stoke Mandeville Wheelchair Sport Federation* – Anexo 1).

Para o efeito contactamos associações, clubes e grupos desportivos dos quais faziam parte indivíduos com LVM, associados à ANDDEMOT (Associação Nacional de Desporto para Deficientes Motores), e clínicas privadas de fisioterapia dos concelhos de Paredes, Penafiel, Felgueiras, Lousada, Marco de Canaveses, Valongo e Santa Maria da Feira.

As razões que levaram a esta decisão, foram a facilidade de acesso com colegas que aí exercem funções e a disponibilidade dos mesmos para colaborarem na recolha de dados e informações necessárias ao estudo.

Foram incluídos todos os indivíduos que aceitaram colaborar voluntariamente e que reuniam os seguintes requisitos:

- Sexo masculino;
- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Diagnóstico de LVM abaixo do nível de D₆, de origem traumática ou provocada por uma doença não evolutiva;
- Lesão com evolução igual ou superior a dois anos;
- Indivíduos sem qualquer outro tipo de patologia associada (TCE, AVC, etc.);
- Indivíduos que possuíam uma parceira sexual fixa e/ou ocasional após a LVM;

- Indivíduos que não praticassem qualquer tipo de actividade física que interferisse nos resultados do estudo (exclusiva para o Grupo B);

Dos 106 indivíduos com LVM com quem estabelecemos contacto, 36 não preencheram os critérios de inclusão propostos e 2 não quiseram participar no estudo, pelo que a amostra definitiva foi constituída por 68 indivíduos.

Os indivíduos foram distribuídos por dois grupos, A e B, sendo o Grupo A (experimental), composto por 36 indivíduos, que praticavam uma modalidade desportiva há pelo menos 1 ano, e com uma regularidade mínima de uma vez por semana. O grupo B (controlo), composto por 32 indivíduos que não praticavam qualquer tipo de actividade física regular.

A participação dos indivíduos no estudo esteve sujeita ao consentimento informado dos participantes, sendo esclarecido o carácter voluntário da sua contribuição e que dela não decorria qualquer risco ou custo.

Foi também garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados, bem como a confirmação de uma total e permanente disponibilidade por parte dos fisioterapeutas e treinadores para esclarecerem qualquer dúvida que eventualmente pudesse surgir no preenchimento dos instrumentos (Anexo 2).

Deste modo, foram distribuídos pela totalidade dos participantes os instrumentos e, na impossibilidade de entrega pessoal foram enviados pelo correio, com as respectivas instruções, para as associações, clubes, grupos desportivos e clínicas, assim como os envelopes para posterior reenvio, já endereçados e sem quaisquer encargos.

3. INSTRUMENTOS

Para a realização deste estudo, todos os elementos da amostra foram submetidos a uma avaliação multidimensional através de:

- 3.1) Questionário sócio-demográfico (Anexo 3);
- 3.2) Índice de Barthel ou Índice de Independência Funcional (Anexo 4);
- 3.3) Questionário de Personalidade de Eysenck (Anexo 5);
- 3.4) Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Anexo 6);
- 3.5) Índice Internacional de Função Erétil (Anexo 7).

3.1 Questionário sócio-demográfico

O questionário sócio-demográfico, como o próprio nome indica, foi utilizado com o objectivo de obter dados relevantes para a caracterização da amostra, funcionando simultaneamente para a distribuição dos elementos pelos grupos A e B.

3.2 Índice de Barthel (Mahoney e Dorothea Barthel, 1965)

O Índice de Barthel ou Escala de Independência Funcional, não constitui um instrumento de medida exclusivo da população de LVM(s), mas válido para a mesma, no que se refere à avaliação da capacidade funcional.

Foi desenvolvido por Mahoney e Dorothea Barthel em 1965, estando validado para a população portuguesa. Foi criado com o objectivo de avaliar a capacidade funcional antes e depois da aplicação de um programa de reabilitação, podendo também ser usado apenas como medida de avaliação.

Tem sido usado em doentes com AVC, LVM e outras condições neurológicas, cardíacas, amputações, etc. Trata-se de um instrumento largamente utilizado, sensível à mudança e de simples aplicabilidade (Patrick, 1991). Para Guccione e Cullen (1993), o Índice de Barthel consegue atingir grandes correlações com outras medidas de incapacidade física. Procura identificar o nível de independência nas actividades da vida diária, na mobilidade, na deambulação e no controlo de esfíncteres.

É composto por dez questões fechadas que analisam as seguintes funções e actividades: alimentação (10 valores); transferências (15 valores); tolete (5 valores); utilização do WC (10 valores); banho (5 valores); mobilidade (15 valores); subir e descer escadas (10 valores); vestir (10 valores); controlo intestinal (10 valores); controlo urinário (10 valores). De acordo com o grau de dependência, é atribuído a cada questão um valor de zero para uma máxima de dependência e valores de 5, 10 ou 15 para um total de independência, resultando a pontuação total numa escala de zero a cem. Com uma pontuação compreendida entre 80 a 100 os indivíduos são considerados independentes; entre 60 a 79 necessitam de um mínimo de ajuda nas actividades da vida diária; entre 39 a 59 são parcialmente dependentes; de 38 a 20 são indivíduos com uma dependência severa e, com um valor inferior a 20 são indivíduos totalmente dependentes (Araoz, 1990).

3.3 Questionário de Personalidade de Eysenck (EPQ) (Eysenck, 1975)

Para avaliar as dimensões de personalidade nos indivíduos com LVM utilizamos o EPQ, na versão adaptada para a população portuguesa por Fonseca et al. (1991).

Esta escolha justifica-se por ser um dos instrumentos mais utilizados em estudos de personalidade durante as últimas décadas em vários países e, por estar adaptada para a realidade portuguesa (Fonseca et al., 1991).

É um questionário que apresenta como objectivo medir o Neuroticismo, Psicoticismo e Extroversão, tendo também uma sub-escala de Mentira.

Das duas versões existentes, adulto e júnior, foi utilizada no nosso estudo a versão adulto, constituída por 73 itens, agrupados em 4 sub-escalas: Psicoticismo ou Rigidez de Pensamento (EPQ P); Extroversão (EPQ E); Neuroticismo ou Emocionalidade (EPQ N) e Mentira (EPQ L), com resposta rápida do tipo Sim/Não.

O valor correspondente a cada sub-escala é obtido pelo somatório das respostas positivas (SIM) em cada uma das sub-escalas.

O quadro seguinte descreve as sub-escalas que constituem o EPQ, apresentando a distribuição das questões pelas mesmas.

Quadro 2 - Distribuição dos itens pelas sub-escalas do EPQ.

PSICOTICISMO OU RIGIDEZ DO PENSAMENTO (EPQ P)	EXTROVERSÃO (EPQ E)	NEUROTICISMO OU EMOCIONALIDADE (EPQ N)	MENTIRA (EPQ L)
17 Itens	18 Itens	18 Itens	20 Itens
Questões:	Questões:	Questões:	Questões:
4,8,14,18,22,36,41,46,49,52,56,59,63,68,69,70,71	1,3,7,11,17,21,24,26,28,31,33,35,38,40,43,51,62,66	2,5,9,12,15,19,23,25,27,29,32,44,47,53,55,57,60,64	6,10,13,16,20,30,34,37,39,42,45,48,50,54,58,61,65,67,72,73

A sub-escala do Psicoticismo ou Rigidez do Pensamento, caracteriza os indivíduos de frios, impessoais, hostis, isolados, desconfiados, sem empatia, assim como os indivíduos que não receiam o perigo e que apreciam coisas estranhas, por vezes com comportamentos bizarros (Fonseca et al., 1991).

A sub-escala da Extroversão, é uma medida de sociabilidade e de extroversão, caracterizando assim um estilo de personalidade extrovertido e sociável. Uma pontuação elevada nesta sub-escala caracteriza o indivíduo que tem tendência a ser sociável, expansivo, que tem muitos amigos, que gosta de

festas, que geralmente é impulsivo, optimista, activo, despreocupado, que tem sempre resposta pronta, que gosta de mudança e de arriscar, e que revela tendência para ser agressivo, descontrolando-se facilmente.

A sub-escala Neuroticismo ou Emocionalidade, caracteriza o indivíduo como tenso, nervoso, preocupado, irritável e apreensivo (Fonseca et al., 1991). Diz também respeito à tendência do indivíduo em desenvolver ansiedade quando sob pressão. Os indivíduos que obtêm pontuações elevadas nesta sub-escala tendem a ser hipersensíveis do ponto de vista emocional, com dificuldade em recuperarem depois de um desequilíbrio emocional (Eysenck e Eysenck, 1978; Fonseca et al., 1991).

Por fim, a sub-escala Mentira, não-factor, foi introduzida no questionário para medir a deseabilidade social, isto é, a tendência do indivíduo para dissimular ou dar uma imagem favorável de si próprio.

3.4 Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (Derogatis, 1982)

O BSI ou *Brief Symptom Inventory* é um questionário de auto-resposta, que tem como objectivo avaliar os sintomas psicológicos em populações médicas e psiquiátricas, mas também em indivíduos da população em geral que não se encontrem perturbados emocionalmente.

Os estudos de adaptação do BSI à população portuguesa foram realizados por Canavarro, em 1995 (citado por Simões et al., 1999).

O questionário é formado por 53 itens, com resposta em escala de avaliação de lickert, em que o indivíduo assinala uma das 5 respostas possíveis de acordo com o grau em que cada problema apresentado o afectou durante a última semana. As alternativas de resposta são: nunca; poucas vezes; algumas vezes; muitas vezes e muitíssimas vezes.

Este questionário avalia sintomas psicopatológicos distribuídos por nove dimensões de sintomatologia e três índices globais, sendo estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional.

As nove dimensões foram descritas por Derogatis (1982), da forma expressa no Quadro 3.

Quadro 3 - Caracterização das diferentes dimensões do BSI e respectivos itens.

Dimensão	Itens	Caracterização
Somatização	2,7,23,29,30,33,37	Reflecte o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático; foca queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica. Dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade são igualmente componentes da somatização.
Obsessões/ Compulsões	5,15,26,27,32,36	Inclui sintomas identificados com o síndrome clínico do mesmo nome. Inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada. Estão também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral.
Sensibilidade Interpessoal	20,21,22,42	Esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com as outras pessoas. A auto-depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez, durante as interações sociais são as manifestações características desta dimensão.
Depressão	9,16,17,18,35,50	Estão representados os sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida.
Ansiedade	1,12,19,38,45,49	Indicadores gerais tais como o nervosismo e tensão foram incluídos na dimensão Ansiedade. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. Componentes cognitivas que envolvem a apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade também foram considerados.
Hostilidade	6,13,40,41,46	A dimensão hostilidade inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afectivo negativo da cólera.
Ansiedade Fóbica	8,28,31,43,47	Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas.
Ideação Paranóide	4,10,24,48,51	Esta dimensão representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios, são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação.
Psicoticismo	3,14,34,44,53	Abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento. A escala fornece um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose.

Quatro dos itens do BSI (11,25,39 e 52), embora contribuam com algum peso para as dimensões descritas, não pertencem univocamente a nenhuma delas. Assim, por critérios estatísticos não deveriam ser incluídos no inventário

mas, dada a sua relevância clínica são apenas considerados nas pontuações dos três índices globais.

Para obter as pontuações para as nove dimensões psicopatológicas somam-se os valores 0 a 4, obtidos em cada item e pertencentes a cada dimensão. A soma obtida deverá, seguidamente, ser dividida pelo número de itens a que o indivíduo respondeu, para essa dimensão.

Relativamente ao cálculo dos índices globais, este deverá obedecer às seguintes fórmulas:

- Índice Geral de Sintomas (IGS) - Deverá somar-se as pontuações de todos os itens e, seguidamente, dividir-se pelo número total de respostas;
- Total de Sintomas Positivos (TSP) - Pode obter-se contando o número de itens assinalados com uma resposta positiva (isto é, maior do que zero);
- Índice de Sintomas Positivos (ISP) - Calcula-se dividindo a soma de todos os itens pelo TSP.

3.5 Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) (Rosen et al., 1997)

O IIFE é utilizado como unidade de medida da função sexual masculina, segmentado em cinco componentes: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação com a actividade sexual e satisfação com a vida sexual de modo geral.

Segundo Rosen et al. (1997) e Coelho et al. (2003), a função sexual é mais adequadamente avaliada com técnicas de questionários respondidos pelo próprio doente, sendo esta também a opção de aplicação no nosso estudo.

O questionário é formado por 15 questões de escolha múltipla com 5 ou 6 alternativas de resposta, tendo por base de preenchimento a situação do indivíduo nas últimas quatro semanas.

A função sexual será determinada através de um sistema de pontuação, sendo feitas as conversões dos dados nominais, de acordo com as respostas referidas pelos indivíduos, em dados numéricos conforme a pontuação determinada pelo questionário proposto por Rosen et al. (1997).

O instrumento permite, ainda, calcular índices específicos para cada dimensão avaliada, bem como um índice total de funcionamento sexual (ITFS), resultante do somatório das diferentes dimensões avaliadas.

O somatório das respostas pertencentes a cada dimensão, representa o valor numérico para a respectiva dimensão da função sexual (Quadro 4).

Os resultados mais elevados indicam melhores índices de funcionamento sexual.

Quadro 4 - Distribuição das questões pelas várias dimensões e respectiva pontuação do Índice Internacional de Função Erétil.

DIMENSÃO	QUESTÕES	MÍNIMO	MÁXIMO
Função erétil	1,2,3,4,5,15	1	30
Função orgásmica	9,10	0	10
Desejo sexual	11, 12	2	10
Satisfação com a actividade sexual	6,7, 8	0	15
Satisfação geral	13,14	2	10
ITFS	Σ	5	75

Os valores corte para as diferentes dimensões do IIFE propostos por Rosen et al. (1997), de acordo com os valores médios encontrados em indivíduos sem disfunção sexual, são para a função erétil, 22; para a função orgásmica, 5.9; para o desejo sexual, 5.2; para a satisfação com a actividade sexual, 7.7 e, por último, para a satisfação de um modo geral de 6.9.

4. PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO

Os instrumentos utilizados no presente estudo, foram aplicados pela ordem na qual foram descritos anteriormente.

Foram distribuídos para preenchimento a todos os indivíduos seleccionados, num único momento de avaliação.

Como anteriormente referimos, aos indivíduos que não nos foi possível o contacto directo, os questionários e as respectivas instruções foram distribuídos pelos treinadores e fisioterapeutas das instituições em que se

encontravam, e reenviados posteriormente pelo correio. Talvez devido a este facto, a taxa de resposta foi de 100%.

De acordo com a informação fornecida pelos indivíduos, o tempo médio de preenchimento dos instrumentos foi de 35 minutos.

A aplicação dos instrumentos decorreu entre Fevereiro e Junho de 2005.

5. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

A caracterização da amostra foi efectuada através da estatística descritiva, recorrendo-se à média como medida de tendência central e ao desvio padrão como medida de dispersão.

Utilizou-se a estatística indutiva para a comparação das médias das diferenças dos níveis de funcionamento sexual, independência funcional, características da personalidade e sintomas psicopatológicos, entre os grupos A e B. Para as diversas análises pretendidas utilizamos o teste paramétrico *t* de Student para amostras independentes, ou o seu correspondente não-paramétrico (U de Mann-Whitney), quando os pressupostos para a sua aplicabilidade não estavam presentes, segundo os resultados do Kolmogorov-Smirnov.

Para a análise da influência da idade e da extensão da lesão no funcionamento sexual, seguimos os critérios anteriormente descritos. Relativamente ao estado civil e às habilitações literárias, como havia mais que duas amostras em estudo, aplicamos sempre que possível a ANOVA. Quando esta aplicação não era possível, utilizamos o teste não-paramétrico correspondente - Kruskal-Wallis.

Para verificar a relação entre as variáveis ITFS, IGS, ISP e Índice de Barthel, recorreremos à correlação de Pearson.

O nível de rejeição da hipótese de nulidade estabelecido foi o valor prova $p \leq 0.05$, dado ser o valor normalmente adoptado em pesquisas na área das ciências humanas.

Para a análise estatística foi utilizada o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 11.5 para Windows (Pestana e Gageiro, 2003).

6. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

A metodologia utilizada neste estudo transversal, tentou seguir um conjunto de regras e normas com o objectivo de evitar o mais possível os enviesamentos a que este estava sujeito.

Relativamente à amostra do nosso estudo esta é de número reduzido, não sendo possível controlar as diferenças culturais existentes, uma vez que os indivíduos que dela fazem parte pertencem a áreas geográficas muito variadas.

Atendendo a esta situação, não foi possível estar em contacto directo com todos os participantes, daí a necessidade da utilização do envio de questionários pelo correio para auto-preenchimento e posterior devolução. No que respeita a esta situação, apresenta como desvantagens uma baixa taxa de resposta; pré-leitura dos questionários, levando os participantes a responderem de diferente ordem às questões e, poder não ser a própria pessoa a quem foi enviado o questionário a responder (Martins, 2001).

Para evitar que a informação não fosse transmitida aos participantes da mesma forma, houve a necessidade de estabelecer critérios objectivos e definições precisas, assim como apresentar uma total disponibilidade para qualquer dúvida que pudesse surgir.

Relativamente às modalidades desportivas presentes no estudo (basquetebol em cadeira de rodas, natação, atletismo, vela adaptada e canoagem), de acordo com as características que apresentam, podem ter diferentes influências nos indivíduos, mas atendendo ao número reduzido de participantes não nos foi possível seleccionar apenas uma modalidade.

V. Apresentação e Discussão dos resultados

Neste capítulo passaremos à apresentação dos resultados do estudo e respectiva discussão.

1. CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Tendo por base as informações recolhidas no questionário sócio-demográfico da amostra, apresentaremos uma breve caracterização da amostra, nomeadamente ao nível da idade, do estado civil, das habilitações literárias e da actividade profissional dos indivíduos do Grupo A e B.

Idade

A idade dos indivíduos avaliados varia entre os 20 e os 59 anos, verificando-se um valor médio de 34.53 com um desvio padrão de 9.01.

Quadro 5 – Valores médios, mínimo, máximo e desvio padrão, dos Grupos A e B relativamente à idade.

Idade (anos)	Grupo A (n=36)	Grupo B (n=32)	Total (n=68)
Média	35.33	33.63	34.53
Mínimo-Máximo	26-59	20-59	20-59
Desvio-padrão	8.33	9.78	9.01

Conforme apresenta o Quadro 5, o Grupo A apresenta um valor médio de 35.33 (sd= 8.33) e o Grupo B 33.63 (sd= 9.78).

Após uma análise detalhada da distribuição da idade dos indivíduos da amostra, verificamos uma população demasiado jovem, encontrando-se cerca de 84% dos indivíduos com uma idade inferior a 40 anos. Estes valores vão de encontro ao estudo epidemiológico realizado por Dominguez et al. (2003), no qual 80% dos indivíduos apresentavam uma idade inferior aos 40 anos, apresentando um valor médio de 23 anos.

Quadro 6 – Distribuição dos indivíduos do Grupo A e B pelos grupos etários.

Escalão etário	Grupo A (n=36)		Grupo B (n=32)	
	n	%	n	%
20 a 40 anos	31	86.1	26	81.3
41 a 60 anos	5	13.9	6	18.8

Na distribuição por grupos etários, verificou-se que 57 indivíduos da amostra se situam entre os 20 e os 40 anos, encontrando-se apenas 11 entre os 41 e os 60 anos, conforme Quadro 6.

Sipski e Alexander (1992), Schmitz (1993) e Martins et al. (1998) referem que as LVM ocorrem principalmente em adultos jovens, o que também se verifica no nosso estudo.

Estado civil

Numa análise do estado civil por grupos, verificamos que o grupo A apresenta 61.1% de indivíduos solteiros, 36.1% casados e, 2.8% divorciados. O grupo B apresenta 65.6% de indivíduos solteiros, 31.3% casados e, 3.1% divorciados (Quadro 7).

Quadro 7- Caracterização do estado civil nos Grupos A e B da amostra em estudo.

Estado Civil	Grupo A (n=36)		Grupo B (n=32)	
	n	%	n	%
Solteiro	22	61.1	21	65.6
Casado	13	36.1	10	31.3
Divorciado	1	2.8	1	3.1

Relativamente a este aspecto, há que salientar que após um acontecimento inesperado e catastrófico como é o aparecimento de uma LVM num agregado familiar, as consequências no seio conjugal são diversas. Podem ir desde disfunções familiares simples até à ruptura conjugal tão frequente, sendo possível também a estabilidade conjugal e familiar e mesmo a formação de relações conjugais após a lesão. Glass (1997) refere que as

peças casadas têm um maior grau de ajustamento à sua lesão. As pessoas com LVM referem muitas vezes a necessidade de relações afectivas e de estabilidade conjugal. Segundo Crewe e Krause (1992), o estado civil interfere com a qualidade de vida das pessoas com LVM, verificando-se diferenças significativas de acordo com o estado civil. As pessoas casadas justificam, com diversos indicadores, a vantagem de estabilidade conjugal no processo de adaptação à deficiência, nomeadamente na fase de recuperação. Diversos estudos referidos por Ogden (1999), indicam que o casamento é uma fonte eficaz de apoio social havendo correlações entre a estabilidade conjugal e o estado de saúde.

Habilitações Literárias

No que se refere às habilitações literárias há uma grande diversidade, encontrando-se distribuídos desde a ausência de habilitações à formação superior.

Como podemos verificar no Gráfico 1, a amostra em estudo revela-se com uma maior percentagem de indivíduos apenas com o 2º ciclo (n=28). É de salientar a existência de 2 indivíduos sem qualquer tipo de habilitação, assim como salientamos 6 indivíduos com um nível superior de escolaridade.

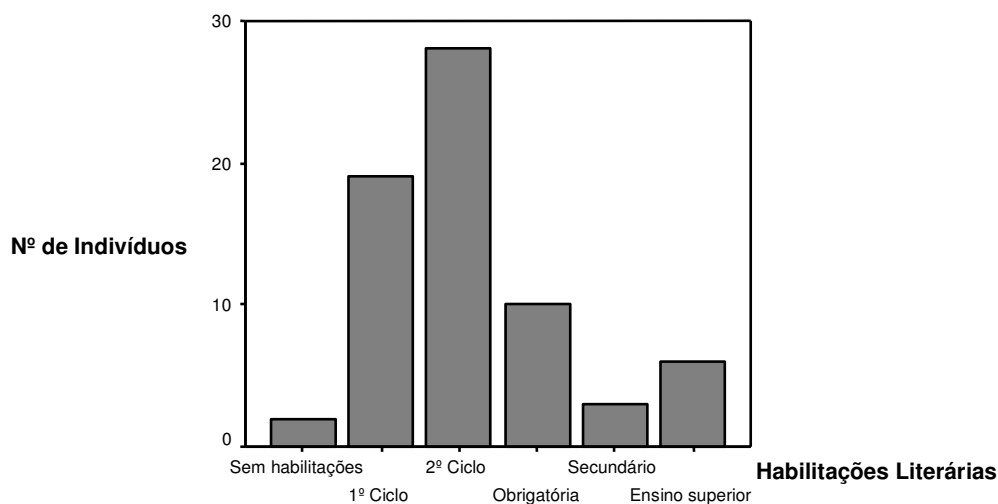


Gráfico 1- Distribuição dos indivíduos da amostra em estudo pelas habilitações literárias.

No Quadro 8 serão apresentados os resultados quanto ao nível de escolaridade por grupos.

Quadro 8 – Distribuição dos indivíduos dos grupos A e B pelas habilitações literárias.

Habilitações Literárias	Grupo A (n=36)		Grupo B (n=32)	
	n	%	n	%
Sem habilitações	0	0	2	6.3
1.º Ciclo	8	22.2	11	34.4
2.º Ciclo	15	41.7	13	40.6
Escolaridade obrigatória	6	16.7	4	12.5
Ensino secundário	2	5.6	1	3.1
Ensino superior	5	13.9	1	3.1

Quando analisada a distribuição pelos grupos A e B, verificamos que o 2º ciclo é em ambos os grupos o grau académico mais frequente, no entanto, apenas no grupo B se registam indivíduos sem habilitações, assim como possui o nível académico superior apenas um indivíduo.

Actividade Profissional

Várias foram as actividades profissionais referidas pelos indivíduos, sendo de salientar a área comercial, onde se encontram 26.5% dos indivíduos.

Os indivíduos com formação superior, distribuem-se pela área da educação (n=4), e engenharia electrónica e mecânica (n=2).

No total da amostra, 5 indivíduos estão reformados por invalidez, e 3 encontram-se desempregados.

Quadro 9 - Caracterização da actividade profissional dos indivíduos do Grupo A e B após a LVM.

Actividade profissional	Grupo A (n=36)		Grupo B (n=32)	
	n	%	n	%
Sem actividade	4	11.1	7	21.9
Actividade sem adaptações	26	72.2	23	71.9
Actividade c/ redução do nº de horas e adaptações	6	16.7	2	6.3

Tal como observado no Quadro 9, dos 68 indivíduos que compõem a amostra, 11 deles não continuaram a sua actividade profissional, tendo alguns dos restantes continuado sem qualquer tipo de adaptação e outros com redução do número de horas de trabalho e algum tipo de adaptação.

Krause (1996), num estudo com LVM(s), verificou uma correlação forte entre o nível académico e a situação profissional, verificando que a maioria das pessoas com o nível secundário e superior encontram-se empregadas, enquanto que a maioria das pessoas apenas com o 1º ciclo, estão desempregadas ou reformadas.

Mais uma vez, a nossa amostra não se encontra muito díspar do relatado na literatura, pois é uma população maioritariamente composta por jovens de baixo nível cultural, apresentando qualificação profissional baixa.

2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA AMOSTRA

No que se refere à LVM, passaremos a apresentar as características da amostra relativamente ao nível e extensão da lesão, à sua causa e, por último, ao tempo decorrido desde a sua instalação.

Nível da lesão

Relativamente ao nível de lesão, a região de transição toracolombar, apresenta uma maior frequência de indivíduos (17.6%), seguindo-se o segmento torácico D₁₂, com 14.7% dos indivíduos, e os segmentos lombares L₁-L₂ com 10.3% da totalidade da amostra.

O nível de lesão mais alto na amostra encontra-se ao nível de D₆, com 9 indivíduos, sendo o nível mais inferior L₂-L₃, com uma frequência de 3 indivíduos.

Algumas áreas são inerentemente mais vulneráveis, devido à sua elevada mobilidade e relativa falta de estabilidade, comparativamente a outros segmentos da coluna vertebral (como é o caso da rígida região torácica). As regiões da coluna vertebral que demonstram a mais elevada frequência de lesão estão situadas entre C₅ e C₇, na região cervical, e entre D₁₂ e L₂ na

região toracolombar (Schmitz, 1993), o que se verifica também no nosso estudo.

Quadro 10 – Distribuição dos indivíduos do Grupo A e B pelas classes propostas pela IWBF para LVM.

Classe (International Wheelchair Basketball Federation)	Grupo A (n=36)		Grupo B (n=32)	
	n	%	n	%
Classe 3 (D6 a D10)	11	30.6	15	46.9
Classe 4 (D11 a L3)	25	69.4	17	53.1

No Quadro 10 podemos observar que os indivíduos da amostra, segundo o nível de lesão, pela classificação da International Wheelchair Basketball Federation (IWBF), encontram-se nas Classes 3 e 4 (Anexo 1).

A Classe 4 regista um maior número de indivíduos em ambos os grupos, apresentando 69.4% dos indivíduos o Grupo A e 53.1% o Grupo B.

Atendendo à inexistência de tetraplegias ou tetraparésias no nosso estudo, uma vez que todos os indivíduos apresentam um quadro motor de paraplegia ou paraparésia, não efectuamos análises comparativas entre os grupos de acordo com o nível de lesão.

Extensão da lesão

Vários estudos revelam que a lesão completa é o quadro mais frequente nas LVM(s) (Schmitz, 1993; Martins et al., 1992; Cardoso, 2003), no entanto a tendência actual, atendendo à melhoria qualitativa dos cuidados assistenciais na fase de socorro à vítima, é para uma situação idêntica de lesões completas/incompletas.

Quadro 11 - Caracterização da extensão da lesão nos Grupos A e B.

Extensão	Grupo A (n=36)		Grupo B (n=32)	
	n	%	n	%
Completa	21	58.3	21	65.6
Incompleta	15	41.7	11	34.4

A amostra em estudo apresenta na sua maioria uma lesão completa (61.8%), sendo incompletas apenas 38.2% das lesões.

Conforme o Quadro 11, analisando a distribuição pelos Grupos A e B verificamos uma situação idêntica à anteriormente citada, prevalecendo no nosso estudo as lesões completas relativamente às incompletas.

Causa da lesão

As causas traumáticas são referenciadas como as mais comuns na população dos LVM(s), obtendo o acidente de viação a maior frequência (Carvalho et al., 1998; Martins et al., 1999; Cardoso, 2003; Dominguez et al., 2003).

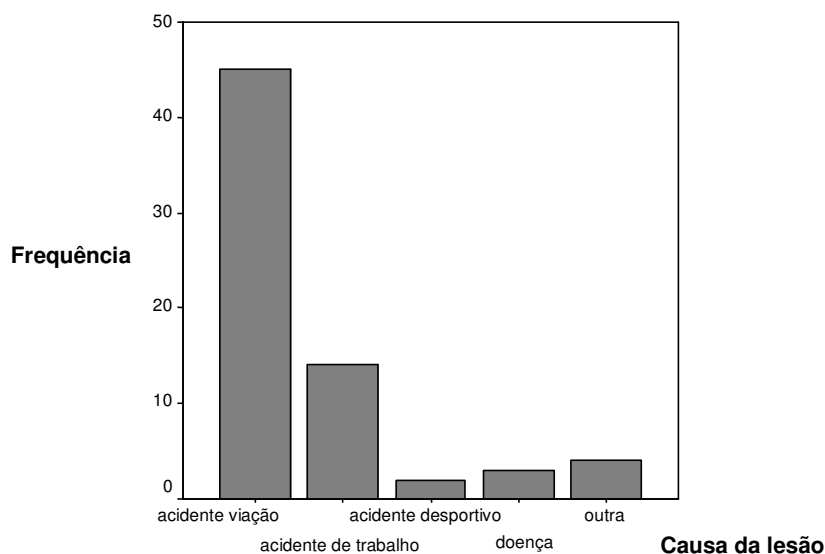


Gráfico 2 - Distribuição dos indivíduos da amostra pelas diversas causas da LVM.

Como podemos observar no Gráfico 2, o nosso estudo não é excepção, surgindo o acidente de viação com a maior percentagem de indivíduos (66.2%), seguindo-se o acidente de trabalho com 20.6% dos indivíduos da amostra.

Quadro 12 - Caracterização das causas da lesão nos Grupos A e B.

Causa da lesão	Grupo A (n=36)		Grupo B (n=32)	
	n	%	n	%
Acidente de viação	23	63.9	22	68.8
Acidente de trabalho	6	16.7	8	25
Acidente desportivo	1	2.8	1	3.1
Doença	3	8.3	0	0
Outra	3	8.3	1	3.1

Atendendo a que o acidente de viação é a causa mais comum da LVM, o que reflecte a elevada sinistralidade rodoviária existente no nosso país, achamos de grande importância as campanhas de prevenção e sensibilização distribuídas à população, para que estas percentagens possam reduzir de forma significativa.

Tempo decorrido após a LVM

No que respeita ao número de anos decorridos após a instalação da LVM, encontramos um tempo mínimo de 2 anos e um tempo máximo de 31 anos.

Quadro 13 – Valores médios, mínimo, máximo e desvio padrão do tempo decorrido após a LVM, para os Grupos A e B.

Tempo após lesão (anos)	Grupo A (n=36)	Grupo B (n=32)
Média	11.28	7.22
Mínimo-Máximo	3 - 31	2 - 25
Desvio-padrão	8.8	5.9

Conforme Quadro 13, comparando os valores entre os grupos A e B, verificamos um valor médio de 11.28 (sd=8.8) para o Grupo A e de 7.22 (sd=5.9) para o Grupo B.

Atendendo à diversidade dos valores encontrados, realizou-se uma estratificação do tempo decorrido após a instalação da lesão em dois grupos: (1) 10 ou menos anos e (2) mais de 10 anos.

Quadro 14 - Distribuição dos indivíduos do Grupo A e B pelos grupos de tempo de lesão ocorrido.

Tempo de lesão	Grupo A		Grupo B	
	n	%	n	%
≤10 Anos	23	63.9	26	81.3
>10 Anos	13	36.1	6	18.8

Como podemos ver no Quadro 14, a maioria dos indivíduos tem a lesão há menos de 10 anos, o que nos demonstra uma amostra com uma ainda reduzida vivência com esta condição lesional.

Segundo Stiens et al. (1997), uma adaptação efectiva à deficiência é um processo longo e contínuo, eventualmente permanente e sempre inacabado como reforçam Richards et al. (1986). Krause e Crewe (1991, pp. 98) chegam mesmo a avançar com uma estimativa temporal para a adaptação aos danos provocados por uma lesão que será de “*mais de dois anos*”.

3. ACTIVIDADE FÍSICA

No contexto da prática da actividade física, expomos de seguida os resultados obtidos na amostra em estudo.

Relativamente ao Grupo A, apresentamos os valores médios do tempo de prática da actividade física, assim como da sua frequência semanal (Quadro 15).

Relativamente ao Grupo B, apresentamos os principais motivos referenciados como razão de não praticar qualquer tipo de actividade física (Quadro 16).

Da totalidade da amostra, 58.8% dos indivíduos praticavam actividade física regularmente antes da lesão, sendo que após a lesão apenas 52.9% dos indivíduos a continuaram a praticar.

Quadro 15 – Valores médios, mínimo, máximo e desvio padrão do tempo de prática de actividade física e sua frequência semanal para o Grupo A.

Tempo de prática (anos)			
Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
7.86	1	24	6.207
Frequência semanal		n	%
1x/semana		1	2.8
2x/semana		18	50%
3x/semana		17	47.2
M=2.44±0.558			

Da observação do Quadro 15 concluímos que em média os indivíduos do Grupo A praticam actividade física regular há 7,86 (sd=6.207) anos.

No que respeita à frequência semanal, esta varia entre um e três dias por semana, sendo o valor médio de prática 2.44 dias.

Estes resultados são semelhantes aos obtidos nos estudos de Muraki et al. (2000) e Steinberg et al. (1998) com indivíduos LVM(s), que compararam grupos de indivíduos praticantes e não praticantes de actividade física. Estes últimos, foram classificados em ambos os estudos como inactivos.

O grupo dos praticantes, atendendo à frequência semanal, foram divididos em “elevada actividade” (3x por semana), “média actividade” (1 ou 2x por semana) e “baixa actividade” (1 a 3x por mês), registando-se um maior número de indivíduos paraplégicos no grupo “média actividade” (n=34), seguindo-se o grupo “elevada actividade” (n=25).

Pelo exposto, verificamos que os indivíduos com este tipo de lesão, praticam na sua maioria actividade física entre um a três dias por semana, registando-se no nosso estudo uma maior frequência nas 2 e 3 vezes por semana (n=35).

Relativamente aos vários motivos que levaram os indivíduos do Grupo B não praticarem qualquer tipo de actividade física, a falta de tempo e interesse, assim como a escassez nas acessibilidades e a incompatibilidade de horários, foram dos mais nomeados.

Quadro 16 – Motivos que levaram a não praticar actividade física os indivíduos do Grupo B.

Motivos de não praticar Actividade Física	n	%
Falta de tempo	9	28.1
Sem interesse	7	21.9
Acessibilidade	5	15.6
Sem transporte	4	12.5
Horário	3	9.4
Factor económico	2	6.3
Preguiça	1	3.1
Falta de equilíbrio	1	3.1

Como podemos ver no Quadro 16, é notória a falta de interesse pela actividade física. Henriques (2004) refere que o evitamento é uma das atitudes possíveis no processo de lidar com os problemas, podendo desta forma reduzir algumas emoções negativas.

O afastamento de algumas actividades que podem revelar maiores níveis de insucesso, e/ou comprometimento e exposição pública, parece ser uma das formas adoptadas pelas pessoas com este tipo de lesão, para lidarem com potenciais frustrações.

4. SEXUALIDADE

O IIFE é utilizado como unidade de medida da função sexual masculina, segmentado em cinco dimensões: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação com a actividade sexual e satisfação com a vida sexual de um modo geral.

O Quadro 17, apresenta os valores médios e desvio padrão das dimensões estudadas, e as diferenças entre o Grupo A e B pelo teste t Student.

Quadro 17 - Valores médios e desvio padrão das dimensões do IIFE e as diferenças entre os Grupos A e B pelo teste t de Student.

Dimensões do IIFE	Grupo A (n=36)		Grupo B (n=32)		Teste t-Student	
	Média	sd	Média	sd	t	p
Função eréctil	22.86	5.581	8.84	5.119	-10.75	.000
Função orgásmica	5.83	3.351	2.66	2.431	-4.508	.000
Desejo sexual	8.61	1.153	5.75	1.626	-8.438	.000
Satisfação com a actividade sexual	12.42	1.556	5.16	3.629	-10.49	.000
Satisfação geral	8.36	1.334	5.66	2.149	-6.31	.000
Índice Total de Funcionamento Sexual	58.08	9.210	28.06	11.359	-12.02	.000

Conforme podemos visualizar no Quadro 17, todas as dimensões do IIFE apresentam diferenças significativas entre os grupos A e B, assim como o Índice total de funcionamento sexual (ITFS).

O Grupo A apresenta em todas as dimensões e no ITFS valores médios superiores aos do Grupo B.

Estes dados contribuem para reforçar aquilo que já foi referido anteriormente no âmbito da sexualidade dos indivíduos com LVM. Na verdade, verificámos que estes indivíduos têm um potencial afectivo-sexual próprio, ajustado na sua forma de expressão, contrariando a assexualidade muitas vezes imposta pela sociedade a este tipo de população (Morris,1991).

Quando comparados os valores encontrados no nosso estudo com os valores corte sugeridos por Rosen et al. (1997), para os indivíduos da população em geral sem disfunção sexual, verificamos que no nosso estudo estamos na presença de indivíduos com disfunção sexual.

Mais uma vez é reforçada a ideia que este quadro clínico para além da disfunção fisiológica presente, das alterações motoras e sensitivas, acompanhadas frequentemente por angústia social e psicológica, é envolvido por uma perturbação da sexualidade, que grande impacto provoca na vida destes indivíduos.

Debruçando-nos mais especificamente sobre os valores médios propostos por Rosen et al. (1997) para as dimensões da sexualidade avaliadas pelo IIFE, verificamos que o grupo de indivíduos praticantes de actividade física apresentam valores médios semelhantes para algumas das dimensões, ressaltando o valor do desejo sexual, o qual é relativamente superior no nosso estudo, comparativamente ao valor proposto pelo autor (8.61/5.2). Relativamente ao grupo dos não praticantes, esta dimensão apresenta um valor muito semelhante (5.16/5.2).

No que respeita ao desejo sexual, este é frequentemente referenciado como tendo diminuído após a ocorrência da lesão (Benevento e Sipski, 2002; Cardoso, 2003). Contrariando esta tendência, os indivíduos praticantes de actividade física apresentam valores idênticos à população não clínica, o que vai de encontro ao referenciado em alguma literatura a respeito dos LVM(s) que revelam que o desejo sexual se mantém inalterado com a lesão (Siösteen et al., 1990; Ramos et al., 2001).

Relativamente à função eréctil, atendendo a que a maioria dos indivíduos de ambos os grupos apresentam um nível de lesão entre D₁₁ e L₃, e verificando as possibilidades erécteis segundo o nível de lesão proposto por Carvalho e Andrade (1993), esperamos uma erecção reflexa até ao nível de D₁₁ sendo esta geralmente satisfatória; entre D₁₁ e L₁, uma erecção viável desde que a medula se encontre intacta; e abaixo de L₁, erecções mistas são possíveis, embora muitas vezes de baixa qualidade quando a medula sacral não foi atingida, pois caso isto se verifique, haverá hipotéticas possibilidades de erecção psicogénica, mas de baixa qualidade.

Rosen et al., (1997) sugerem uma classificação específica para a disfunção eréctil, usando o parâmetro relativo à função eréctil do IIFE. Assim, esta pode ser classificada como mínima moderada ou completa, com valores médios entre 17-25, 11-16 e 6-10, respectivamente. Os indivíduos com uma

pontuação igual ou superior a 26 são considerados como não portadores de disfunção eréctil, o que não acontece em nenhum dos grupos em estudo.

Para o Grupo A, possuindo um valor médio de 22.86 (sd=5.581), a disfunção é considerada mínima enquanto que para o Grupo B, o valor médio encontrado é de 8.84 (sd=5.119), sugerindo uma disfunção eréctil completa.

Ao observar estes resultados, necessitamos reforçar que muitos dos indivíduos que revelam a possibilidade de obtenção de resposta eréctil, esta é muitas vezes insuficiente para experimentar o coito (Siösteen et al., 1990) e não surge sempre que desejada e com uma duração suficiente (Tepper, 1992; Stein, 1992). Surge aqui também a necessidade de abordar a influência dos aspectos psicológicos, nomeadamente a ansiedade, que também são apontados como factor condicionante da erecção (Cardoso, 2003).

Passando à análise de outra dimensão sexual, referente à função orgásmica, constatamos que ambos os grupos, segundo a proposta de Rosen et al. (1997), apresentam um valor enquadrado na disfunção. Tal facto vem contrariar o esperado, pois segundo Stein (1992), o orgasmo é uma experiência psicológica que depende da integridade dos centros sexuais a nível cerebral. Por sua vez, há autores que realçam o comprometimento desta capacidade sobretudo nas lesões completas (Lianza et al., 2001).

Importa ainda referir que atendendo à experiência vivenciada antes da lesão, a sensação do orgasmo é relatada por muitos dos indivíduos LVM(s) como sendo diferente, o que poderá ter conduzido aos nossos resultados.

Em relação às dimensões satisfação com a actividade sexual e satisfação geral, novamente o grupo dos indivíduos praticantes de actividade física destaca-se, revelando um valor médio fora do padrão da disfunção (12.42 e 8.36 comparativamente a 7.7 e 6.9, respectivamente). Tal situação não se verifica no grupo de indivíduos não praticantes de actividade física regular, que como podemos observar no Quadro 18, apresentam valores relativamente inferiores (5.16 e 5.66).

Comparando estes dados com estudos em indivíduos LVM(s), que utilizaram como metodologia a comparação retrospectiva relativamente ao funcionamento sexual pré e pós-lesão, cujas referências à satisfação sexual revelam percepções reduzidas com o surgimento da lesão (Berkman et al., 1978; Siösteen et al., 1990; Alexander et al., 1993), destacamos o observado

no grupo de indivíduos praticantes de actividade física. Siösteen et al. (1990) justificam a redução da percepção da satisfação através das perdas sensoriais e motoras, das dificuldades orgásmicas e da diminuição da auto-estima. Este último aspecto é contrariado com a prática de actividade física, pois recordando Ferreira (1993), a actividade física na pessoa com deficiência contribui para descobrir potencialidades e limitações, levando a um melhor conhecimento de si próprio, que juntamente com as vivências de sucesso contribuem para um aumento da confiança, melhoria do auto-conceito, do auto-domínio, da auto-estima e da capacidade de iniciativa.

DeLisa (1992) salienta ainda a actividade física como fonte importante para um melhor relacionamento interpessoal, o que pode também justificar a diferença encontrada nos grupos em estudo.

Por forma a analisar as diferenças entre o grupo de praticantes e não praticantes de actividade física sobre as dimensões da sexualidade atrás apresentadas, realizamos análises das mesmas em função das variáveis idade, estado civil, habilitações literárias, extensão da lesão (completa/incompleta) e do factor temporal (anos pós-lesão).

Sexualidade/ Idade

Para facilitação da análise dos dados, atendendo à diversidade da idade dos indivíduos em estudo, estratificamos os mesmos em 2 escalões etários: (1) 20 a 40 anos e (2) 41 a 60 anos.

Uma vez que nenhuma das dimensões da sexualidade segue a distribuição normal para cada escalão etário, aplicamos o teste não-paramétrico U de Mann-Whitney para verificar até que ponto a idade poderia ter influência nas diferentes dimensões da sexualidade.

Quadro 18 – Teste U de Mann-Whitney para as diferenças das dimensões da sexualidade nos escalões etários, por grupo.

Dimensões do IIFE	Grupo A (n=36)		Grupo B (n=32)	
	z	p	z	p
Função eréctil	-.506	.613	-.993	.321
Função orgásmica	-.348	.728	-2.531	.011
Desejo sexual	-.402	.688	-1.072	.284
Satisfação sexual	-1.869	.062	-.879	.379
Satisfação geral	-.401	.689	-.545	.586
ITFS	-.275	.783	-1.064	.287

Como se constata no Quadro 18, podemos concluir que a média das dimensões da sexualidade estudadas não difere nos dois escalões etários para o Grupo A, ou seja, estas não variam com a idade nos indivíduos praticantes de actividade física.

Para o Grupo B, verificamos diferença estatística para a função orgásmica ($p=0.011$) e analisando o sentido da diferença aplicando o teste Mann-Whitney a uma cauda, verificamos que esta é superior no escalão 41-60 anos ($p=0.05$).

Estes resultados contrariam o esperado pois, relativamente à variável idade, até mesmo na população em geral há uma tendência para a diminuição da actividade sexual a vários níveis, em função do aumento da idade.

Relativamente à situação verificada no Grupo B, esta poderá ser explicada por um ajuste/readaptação sexual mais facilitada nos indivíduos com mais idade, fruto de uma maior experiência sexual satisfatória.

Sexualidade/ Estado civil

Nos diferentes estados civis registados (solteiro, casado e divorciado), nenhuma das dimensões da sexualidade seguia a distribuição normal, daí a aplicação do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, para verificar até que ponto o estado civil poderia ter influência nas dimensões da sexualidade.

Quadro 19 – Teste de Kruskal-Wallis para o estudo da sexualidade em função do estado civil.

Dimensões do IIFE	Grupo A (n=36)		Grupo B (n=32)	
	X ²	p	X ²	p
Função eréctil	10.851	.004	1.179	.555
Função orgásmica	2.401	.301	3.943	.139
Desejo sexual	9.117	.010	5.285	.071
Satisfação sexual	1.503	.472	1.892	.388
Satisfação geral	5.406	.067	.016	.992
ITFS	5.643	.060	.640	.726

Após a análise do Quadro 19, podemos concluir que as diferentes dimensões da sexualidade apresentadas, não variam em função do estado civil para o Grupo B, existindo variação para a Função eréctil e para o Desejo sexual, nos indivíduos do Grupo A.

Atendendo ao valor médio apresentado, verificamos que tanto a Função eréctil ($p=0.02$) como o Desejo sexual ($p=0.05$) são superiores nos indivíduos casados.

Estes dados contribuem para reforçar aquilo que já foi referido em relação ao estado civil, sugerindo Glass (1997) que os indivíduos casados têm um maior grau de ajustamento à lesão e a toda a sua envolvente. Paralelamente, Nobre (2003) no seu estudo sobre disfunções sexuais na população clínica e comunitária, utilizando também como instrumento de avaliação o IIFE, verificou uma tendência dos indivíduos casados apresentarem melhores índices de funcionamento sexual comparativamente aos solteiros, nomeadamente nos domínios da erecção e orgasmo.

De salientar também a existência de diferenças apenas no grupo dos praticantes de actividade física, fonte esta de desenvolvimento de atitudes e condutas desejáveis que facilitam a adaptação e a integração social. A não desprezar também o seu favorecimento na imagem corporal, contribuindo para uma melhor aceitação do corpo e, conseqüentemente, melhor relação afectiva e corporal com os outros.

Sexualidade/ Habilitações literárias

Na amostra em estudo, os diferentes níveis académicos registados foram: sem habilitações, 1º ciclo, 2º ciclo, escolaridade obrigatória, ensino secundário e ensino superior.

As diferentes dimensões da sexualidade estudadas não variam com o nível académico para o Grupo B, apresentando apenas variação o Desejo sexual e a Satisfação geral para o Grupo A, como podemos observar no Quadro 20.

Quadro 20 – Teste de Kruskal-Wallis para o estudo da sexualidade em função das habilitações literárias.

Dimensões do IIFE	Grupo A (n=36)		Grupo B (n=32)	
	X ²	p	X ²	p
Função eréctil	8.229	.084	3.319	.651
Função orgásmica	6.049	.196	3.523	.620
Desejo sexual	11.920	.018	2.454	.783
Satisfação sexual	2.241	.692	4.770	.445
Satisfação geral	13.536	.009	4.581	.469
ITFS	8.358	.079	2.438	.786

Quando analisados os valores médios das dimensões da sexualidade do Grupo A nos diferentes níveis académicos, o desejo sexual encontra-se superior nos indivíduos com o 1º ciclo ($p=0.009$), sendo a satisfação geral superior nos indivíduos com a escolaridade obrigatória ($p=0.004$).

Contrariamente a esta situação, Nobre (2003) concluiu que maiores níveis educacionais parecem facilitar o funcionamento sexual, o que no nosso estudo poderá ser justificado pelo baixo número de indivíduos em cada um dos níveis académicos, dificultando assim a identificação de diferenças estatisticamente significativas.

Sexualidade/ Extensão da lesão

No que respeita à extensão da lesão (completa ou incompleta), e analisando o Quadro 21, verificamos que algumas das dimensões da sexualidade se encontram com diferenças estatísticas no Grupo A.

Quadro 21 – Teste t-Student para comparação das dimensões da sexualidade em função da extensão da lesão.

Dimensões do IIFE	Grupo A (n=36)		Grupo B (n=32)	
	t	p	t	p
Função eréctil	-6.187	.000	-1.149	.260
Função orgásmica	-1.166	.252	-.269	.790
Desejo sexual	-5.488	.000	.282	.780
Satisfação sexual	-1.033	.309	-1.382	.177
Satisfação geral	-6.674	.000	-1.749	.091
ITFS	-6.354	.000	-1.303	.203

Tendo em atenção que os Grupos A e B não apresentam diferenças significativas entre si quanto à variável extensão da lesão ($p=0.05$), verificamos que o ITFS, a Função eréctil, o Desejo sexual e a Satisfação geral, variam de acordo com a extensão da lesão, no Grupo A. O mesmo não se verifica no Grupo B, pois não se encontra qualquer dimensão com diferenças estatisticamente significativas entre as lesões completas e incompletas.

Como seria de esperar, analisando o sentido da diferença através do teste t-Student a uma cauda, verificamos que a Função eréctil, o Desejo sexual e a Satisfação geral são superiores nas lesões incompletas ($p=0.00$).

Cardoso (2003), num estudo sobre a sexualidade masculina em indivíduos com LVM, refere que nos indivíduos com lesões incompletas as alterações da sensibilidade são mais ou menos evidentes, podendo alguns dos indivíduos não apresentar alterações sensitivas na zona genital, favorecendo assim a sua sexualidade. Salienta também o facto destes indivíduos revelarem sentir uma maior capacidade de suscitar atracção física, que os indivíduos com lesão completa.

Por um lado, nas lesões incompletas existem perdas motoras e sensitivas menos acentuadas, verificando-se alterações menos significativas ao nível da imagem corporal, o que poderá traduzir facilidade na sexualidade destes indivíduos. Por outro, atendendo à semelhança dos grupos relativamente à variável extensão da lesão, esta situação poderá ter fundamento na influência da prática de actividade física pois, como salienta Ferreira (1993), esta funciona como um factor estimulador e facilitador da aceitação de valores por parte do indivíduo, assim com o favorece a imagem corporal e as relações interpessoais.

Sexualidade/ Tempo após lesão

Para facilitação da análise dos dados, atendendo à variedade existente nos grupos relativamente ao tempo decorrido após a instalação da lesão, distribuámos os indivíduos pelos grupos: (1) ≤ 10 anos após lesão e (2) > 10 anos após lesão.

Para verificar até que ponto a diferença dos anos decorridos após a lesão poderia ter influência nas diferentes dimensões da sexualidade estudadas, fomos verificar as diferenças entre o Grupo A e B, para os grupos definidos anteriormente.

Quadro 22 – Teste U de Mann-Whitney para as dimensões da sexualidade nos diferentes grupos de tempo após lesão e sua diferença estatística.

Teste U de Mann-Whitney	Grupo A (n=36)		Grupo B (n=32)	
	z	p	z	p
Função erétil	-.894	.371	-.436	.663
Função orgásmica	-.869	.385	-.467	.641
Desejo sexual	-.664	.506	-1.221	.222
Satisfação sexual	-2.453	.014	-1.026	.305
Satisfação geral	-.017	.986	-.074	.941
ITFS	-.532	.595	-.532	.595

Como verificamos no Quadro 22, apenas se prova a diferença relativamente ao tempo decorrido após a lesão, na Satisfação com a actividade sexual, para o grupo dos indivíduos praticantes de actividade física, tendo esta valores médios superiores no grupo onde a lesão ocorreu há 10 ou menos anos ($p=0.007$).

Relativamente a esta situação, importa destacar que apesar do tempo decorrido ser inferior ou igual a 10 anos, o valor médio apresentado é de 11.28 para o Grupo A e de 7.22 para o Grupo B, sugerindo um período mais alargado para a possibilidade de vivências sexuais na condição de deficiência para o Grupo A, o que poderá conduzir a uma melhor adaptação à situação e consequentemente, produzir níveis superiores de satisfação com a actividade sexual.

No entanto, não será de descartar a possibilidade da influência da actividade física atendendo a que os grupos não diferem significativamente entre si relativamente à variável tempo após lesão ($p=0.001$).

5. FUNCIONALIDADE

No que se refere à capacidade funcional, avaliada através do Índice de Barthel ou Escala de Independência Funcional, a amostra em estudo revela um valor médio de 84.12 ($sd=7.015$).

Quadro 23 – Distribuição dos indivíduos pelos diferentes níveis do Índice de Barthel segundo o grupo.

Índice de Barthel	Grupo A (n=36)		Grupo B (n=32)	
	n	%	n	%
80 – 100 (Independentes)	34	94.4	22	68.8
60 – 79 (Necessitam mínima ajuda nas AVD)	2	5.6	10	31.2
39 – 59 (Parcialmente dependentes)	0	0	0	0
20 – 38 (Dependência severa)	0	0	0	0
< 20 (Totalmente dependentes)	0	0	0	0

Relativamente ao Grupo A, o valor médio apresentado é de 85.14 (sd=5.668), enquanto que o Grupo B apresenta um valor médio de 82.97 (sd=8.217), o que nos revela uma grande capacidade funcional de ambos os grupos.

Como podemos ver no Quadro 23, a maioria dos indivíduos da amostra encontram-se no escalão 80-100, o que nos revela uma grande capacidade funcional dos indivíduos. Verificamos também que em ambos os grupos nenhum dos elementos se encontra nos níveis funcionais mais baixos.

Quadro 24 – Valores médios do Índice de Barthel nos Grupos A e B e respectivo valor t e sua significância.

Índice de Barthel	Grupo A (n=36)		Grupo B (n=32)	
	Média	sd	Média	sd
	85.14	5.668	82.97	8.217
Teste t Student			t=-1.252	p= 0.216

Quando comparados os níveis funcionais entre os dois grupos, pode concluir-se que, apesar do Grupo A apresentar valores funcionais superiores, a média do Índice de Barthel é igual entre o Grupo A e o Grupo B (p=0.216).

Os níveis funcionais verificados na amostra em estudo, revelam indivíduos independentes ou que necessitam de ajuda mínima nas suas AVD'S.

O facto da dependência de terceiros não ser visível nestes indivíduos, ajudará nas suas relações interpessoais. Em condições de dependência, seria de esperar o isolamento social assim como as restrições e dificuldades nas actividades sociais e um reforço do sentimento de incapacidade.

Estes resultados parecem indicar que melhores índices de funcionalidade traduzem melhores índices de funcionamento sexual, o que se constata no Gráfico 3.

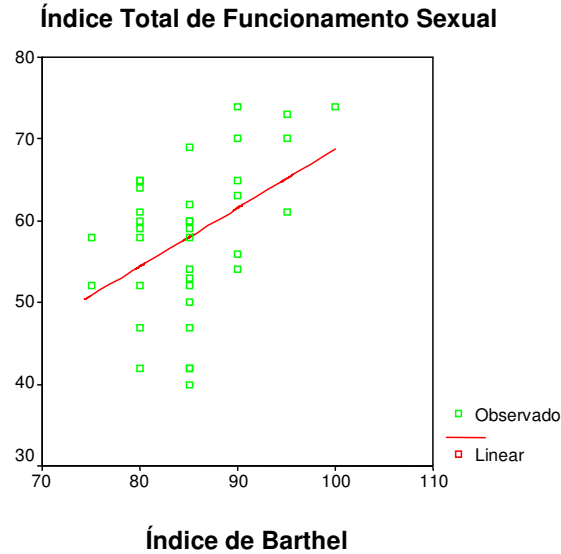


Gráfico 3 – Correlação entre o Índice de Barthel e o Índice Total de Funcionamento Sexual para o Grupo A.

Como ilustra o Gráfico 3, a relação positiva traduz o aumento de uma variável acompanhada pelo aumento da outra, ou seja, maiores índices de funcionalidade são acompanhados de maiores índices de funcionamento sexual.

6. PERSONALIDADE

O Questionário de Personalidade de Eysenck é um questionário que tem como objectivo medir as seguintes dimensões da personalidade: Psicoticismo, Extroversão e Neuroticismo, tendo também uma sub-escala designada Mentira, que avalia a tendência que o indivíduo tem para dar uma imagem favorável de si próprio, não sendo neste estudo excluído nenhum indivíduo por esta escala.

O quadro seguinte apresenta os níveis médios e desvio padrão das sub-escalas que constituem o EPQ, apresentando as diferenças entre os Grupos A e B.

Quadro 25 - Valores médios e desvio padrão das sub-escalas do EPQ nos Grupos A e B.

Escala de Personalidade	Grupo A (n=36)		Grupo B (n=32)		Teste t-Student ($\alpha=5\%$)	
	Média	sd	Média	sd	t	p
Psicoticismo	11	.862	11.34	1.473	1.156	.253
Extroversão	12.86	2.295	12.47	4.738	-.426	.672
Neuroticismo	7.50	3.613	8.91	5.515	1.227	.225
Mentira	5.50	1.108	4.97	1.092	-1.986	.051

Tal como se constata a partir da observação do Quadro 25, não existem diferenças significativas entre os dois grupos relativamente às dimensões da personalidade estudadas. No entanto, é de salientar os valores médios superiores no Grupo B relativamente às escalas de Neuroticismo e Psicoticismo, contrariamente ao valor médio superior da dimensão Extroversão encontrada no grupo de indivíduos que praticam actividade física.

Segundo Samulski (1992), a importância da actividade física no desenvolvimento da personalidade é reconhecida nas ciências do desporto. Pessoas com determinada personalidade têm interesses por modalidades muito específicas, assim como algumas características como a socialização, estabilidade emocional e motivação se desenvolvem com a actividade física. Para o rendimento desportivo, o mesmo autor sugere que são necessárias características de personalidade como a capacidade de liderança, dominância, comunicação social e extroversão.

Paim et al. (2004) num estudo sobre o temperamento e traços de personalidade em atletas de orientação, utilizando o EPQ, concluíram que tanto os atletas de categorias elevadas e médias como os estudantes de educação física tendem para um temperamento extrovertido, apresentando também valores mais baixos de neuroticismo e são menos permeáveis ao medo que os indivíduos não desportistas.

Apesar das diferenças metodológicas, estes dados vêm de encontro ao que se verifica no nosso estudo.

Carvalho et al. (1998) avaliando indivíduos LVM(s), referem que esta população apresenta valores idênticos à população em geral relativamente ao

neuroticismo e à extroversão. Os autores revelam valores médios nos LVM(s) para o neuroticismo de 9.77 (sd=5.45) comparativamente aos 10.56 (sd=5.04) para a população em geral. Os valores do Grupo A e B também não são muito díspares desta realidade apresentando, respectivamente, um valor médio de 7.50 (sd=3.61) e 8.91 (sd=5.52) (Quadro 25).

Como já referimos anteriormente, a dimensão neuroticismo ou emocionalidade é caracterizada por níveis elevados de afectos negativos como a depressão e a ansiedade, muito visíveis na população dos LVM(s) (Kannisto e Sintonen, 1997; Scivoletto et al., 1997; Cardoso, 2000), surgindo estes também como factores interferenciais no domínio sexual (Sampaio, 1991; Ducharme et al., 1992; Loureiro, 1997).

Relativamente à extroversão, Carvalho et al. (1998), apresentam valores médios para os LVM(s) na ordem dos 13.25 (sd=3.68) comparativamente aos 12.52 (sd=3.60) da população em geral. No nosso estudo, esta dimensão surge com valores médios muito semelhantes, sendo de 12.86 (sd=2.3) para o Grupo A e 12.47 (sd=4.74) para o Grupo B. Apesar de não apresentarem diferenças significativas, à semelhança do estudo de Paim et al. (2004) anteriormente referido, também no nosso estudo a extroversão apresenta valores superiores nos indivíduos praticantes de actividade física.

No que respeita à dimensão psicoticismo, esta caracteriza indivíduos frios, impessoais, hostis, isolados, sem empatia e desconfiados, tornando-se por vezes agressivos. Estas características são visíveis muitas vezes na fase inicial de instalação da lesão, implicando o percurso de adaptação à mesma. No entanto, como refere Richards (1986), a maioria das pessoas com LVM com o evoluir do tempo mantêm a estabilidade emocional e a auto-estima não aumentando o seu descontentamento com a vida. Contrariamente a esta posição, Freed (1994) afirma a adaptação é um processo difícil, sempre inacabado e para toda a vida.

Analisada a relação entre esta dimensão e o ITFS (Quadro 27 e 28), verificamos que para o Grupo A esta é forte ($r=-.705$, $p<.01$), sendo de realçar que para o Grupo B é a única variável com relação significativa ($r=.442$, $p<.05$).

Estes resultados parecem indicar que o funcionamento sexual dos indivíduos com LVM poderá ser influenciado pelas características da sua

personalidade, e que estas podem ser alteradas com a prática de actividade física.

7. PSICOPATOLOGIA

O BSI é um inventário que tem como objectivo avaliar os sintomas psicológicos, distribuídos por nove dimensões e três índices globais, sendo estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional.

O quadro seguinte apresenta os valores médios e desvio padrão das diferentes dimensões estudadas, assim como as diferenças entre os Grupos A e B.

Quadro 26 - Valores das dimensões psicológicas do BSI nos Grupos A e B (Valores médios, desvio padrão, valores de t de Student e de p).

Dimensões Psicopatológicas	Grupo A (n=36)		Grupo B (n=32)		Teste t-Student	
	Média	sd	Média	sd	t	p
Somatização	.801	.478	.813	.543	.093	.926
Obsessões/ Compulsões	1.06	.501	1.31	.561	1.929	.058
Sensibilidade Interpessoal	.736	.659	1.13	.718	2.326	.023
Depressão	.472	.442	1.06	.925	3.291	.002
Ansiedade	.819	.612	.578	.487	-1.781	.080
Hostilidade	.850	.558	.868	.636	.130	.897
Ansiedade Fóbica	.517	.590	.556	.529	.290	.773
Ideação Paranóide	1.14	.662	1.28	.685	.875	.385
Psicoticismo	.500	.363	.750	.552	2.179	.034
IGS	.713	.388	.853	.451	1.380	.172
ISP	1.27	.221	1.49	.349	3.119	.003

Focalizando-nos sobre o Quadro 26 concluímos que existem diferenças entre os dois grupos ao nível da Sensibilidade interpessoal, da Depressão, do Psicoticismo e do Índice de sintomas positivos (ISP) encontrando-se, na generalidade, o grupo dos indivíduos praticantes de actividade física com valores inferiores ao grupo dos não praticantes.

Relativamente ao Índice Geral de Sintomas (IGS), indicador do nível de psicopatologia dos indivíduos, constatamos que os grupos não apresentam diferenças entre si ($p=0.172$), surgindo o grupo dos praticantes de actividade física com um valor inferior ao grupo dos praticantes (0.713 vs. 0.853).

Como podemos observar no Quadro 26, o ISP, medida “pura” da intensidade dos sintomas, surge com diferenças significativas entre os grupos ($p=0.003$), verificando-se novamente valores médios mais elevados no grupo dos indivíduos não praticantes de actividade física (1.49 vs. 1.27).

Este índice surge como valor classificativo de perturbação emocional, sendo considerado positivo o valor igual ou superior a 1.7 (Derogatis, 1982). Analisando os valores dos grupos do nosso estudo apresentados anteriormente, verificamos que nenhum deles apresenta sintomas de perturbação emocional.

Centrando-nos sobre as nove dimensões psicológicas que compõem o BSI, verificamos que o Grupo A apenas apresenta valores médios superiores ao Grupo B relativamente à ansiedade e à ansiedade fóbica, sem diferenças estatisticamente significativas entre si.

Importa salientar que ao nível da sensibilidade interpessoal, da depressão e do psicoticismo, as diferenças são significativas, revelando o grupo dos praticantes de actividade física valores médios inferiores. Mais uma vez reforçamos a opinião de Peralta (1989) sobre os efeitos da actividade física, salientando o autor o ganho de afectividade integrada como consequência de um desenvolvimento e de um controlo emocional que possibilite uma adaptação positiva da realidade, assim como favorece o desenvolvimento de atitudes e condutas desejáveis que facilitem a autonomia, a adaptação e a integração social. Paralelamente, Sousa (1994) defende que a actividade física permite reduzir as tensões, angústias, frustrações e agressividade, pois os medos, inseguranças e incertezas, são minorados à medida que surge a auto-afirmação e conhecimento do próprio pela prática de actividade física.

Para analisarmos a forma de associação entre o ITFS com o índice de funcionalidade, com as dimensões da personalidade estudadas e os sintomas psicopatológicos anteriormente apresentados, recorreremos à correlação de Pearson.

Os resultados obtidos para ambos os grupos encontram-se nos quadros 27 e 28.

Quadro 27 – Coeficiente de correlação de Pearson entre o ITFS e o índice de Barthel, as dimensões da personalidade, o índice geral de sintomas psicopatológicos e o índice de sintomas positivos, para o Grupo A.

Índice Total de Funcionamento Sexual	
	r
Índice de Barthel	.440**
Psicoticismo	-.705**
Extroversão	-.551**
Neuroticismo	-.155
Índice geral de sintomas	.008
Índice de sintomas positivos	.119

**valores significativos para $p < 0.01$

Pela análise do Quadro 27 podemos verificar uma relação moderada e positiva entre o índice de funcionalidade ou Barthel e o ITFS. Daqui resulta que o coeficiente de determinação entre a variável funcionalidade e o ITFS é de 0.440. Logo, 44% da variância do ITFS está relacionada com a variância do índice de funcionalidade (Gráfico 3, p.107).

Relativamente à associação linear entre o psicoticismo e o ITFS verificamos uma relação elevada e negativa. Enquanto que entre a extroversão e o ITFS esta associação linear é moderada e negativa. Daqui resulta que à medida que existem níveis elevados de psicoticismo e extroversão, o ITFS apresenta valores mais reduzidos. Isto é, 70.5% da variância do ITFS está relacionada com a variância do psicoticismo, e 55.1% com a variância da extroversão.

Conforme se pode visualizar no Quadro 28, relativamente ao grupo de indivíduos não praticantes de actividade física, apenas se constata uma relação significativa entre o ITFS e o Psicoticismo.

Quadro 28 – Coeficiente de correlação de Pearson entre o ITFS e o índice de Barthel, as dimensões da personalidade, o índice geral de sintomas psicopatológicos e o índice de sintomas positivos, para o Grupo B.

Índice Total de Funcionamento Sexual	
	r
Índice de Barthel	.330
Psicoticismo	.442*
Extroversão	-.259
Neuroticismo	.227
Índice geral de sintomas	.226
Índice de sintomas positivos	-.192

*valor significativo para $p < 0.05$

Pela análise do Quadro 28, ao contrário do que seria esperado, o grupo dos indivíduos não praticantes de actividade física apresenta uma relação moderada e positiva entre o ITFS e o psicoticismo ($r=0.442$, $p < 0.05$). Logo, 44.2% da variância do ITFS está relacionada com a variância do psicoticismo. Daqui resulta que o aumento de uma variável está associado ao aumento da outra, o que nos parece contraditório face à caracterização da sub-escala psicoticismo, que nos revela indivíduos frios, impessoais, hostis, isolados e desconfiados, características estas não apreciáveis nem correspondentes a um funcionamento sexual com índices elevados.

Pelo exposto, e em forma de conclusão, importa referir que para além das diferenças encontradas nas dimensões da sexualidade estudadas relativamente às variáveis idade, estado civil, habilitações literárias, extensão da lesão e tempo decorrido após a lesão, as mesmas também se encontram associadas com aspectos relacionados com a funcionalidade e a personalidade dos indivíduos, parecendo-nos também provável a influência da prática de actividade física regular.

VI. Conclusões

Os resultados desta investigação, na tentativa de responder às questões de investigação anteriormente formuladas, permitem-nos retirar as seguintes conclusões:

- As dimensões da sexualidade estudadas apresentam diferenças significativas entre os indivíduos praticantes e não praticantes de actividade física regular, surgindo os primeiros com níveis de funcionamento sexual superiores;
- No que respeita à influência da idade observamos que no grupo dos praticantes, as dimensões da sexualidade não variam com o avançar da mesma e que, no grupo dos indivíduos não praticantes apenas se verifica alteração na função orgásmica, sendo esta superior no escalão 41-60 anos;
- No que respeita ao estado civil, concluímos que no grupo dos praticantes de actividade física os indivíduos casados apresentam valores superiores quanto à função eréctil e ao desejo sexual;
- Em relação às habilitações literárias apenas se verificam diferenças no grupo dos praticantes de actividade física, registando-se valores superiores no desejo sexual e na satisfação de um modo geral nos indivíduos do 1º ciclo e a escolaridade obrigatória, respectivamente;
- Quanto à extensão da lesão, concluímos que esta apenas altera as dimensões da sexualidade no grupo dos praticantes de actividade física, surgindo as lesões incompletas com valores superiores relativos à função eréctil, ao desejo sexual, à satisfação de um modo geral e ao índice total de funcionamento sexual;
- Em relação ao efeito do tempo de lesão, apenas se verifica alteração na satisfação com a actividade sexual nos indivíduos praticantes de actividade física, tendo esta valores superiores nos indivíduos com lesão ocorrida há 10 ou menos anos;

- Quanto ao grau de funcionalidade, concluímos que este se relaciona com a sexualidade, verificando-se melhores índices de funcionamento sexual nos indivíduos com maiores índices de funcionalidade;
- Relativamente às dimensões da personalidade, verificamos a sua relação com a sexualidade surgindo, para o grupo dos praticantes, melhores índices de funcionamento sexual nos indivíduos que têm valores mais reduzidos de psicoticismo. No grupo dos não praticantes, o psicoticismo é a única variável que se relaciona significativamente com o ITFS, apresentando variações entre ambos no mesmo sentido;
- Quanto à sintomatologia psicopatológica, nenhum dos grupos apresenta relação significativa com o funcionamento sexual.

Para finalizar, sugeríamos algumas linhas para investigações futuras:

- Avaliar a sexualidade dos indivíduos LVM(s), com base numa avaliação retrospectiva, relativamente ao pré e pós-lesão;
- Comparar o impacto da LVM sobre a sexualidade entre os sexos masculino e feminino;
- Avaliar o funcionamento sexual na população geral e estabelecer comparações com os resultados obtidos na população LVM;
- Avaliar o impacto da LVM sobre a sexualidade das parceiras destes indivíduos;
- Analisar os efeitos de outras variáveis sobre as várias dimensões da sexualidade, nomeadamente o auto-conceito, a imagem corporal, a depressão e a ansiedade;

Todos estes trabalhos poderiam ser realizados entre grupos praticantes e não praticantes de actividade física, para assim podermos afirmar com mais verdade que a actividade física é uma mais valia, a vários níveis, para os indivíduos que sofreram uma LVM.

VII. Referências Bibliográficas

Abramson, A. S.; Delagi, E. F. (1961). Influence of weightbearing and muscle contraction on disuse osteoporosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 42, 147-151.

Alexander, C. J.; Sipski, M. L.; Findley, T. W. (1993). Sexual activities, desire and satisfaction in males pre- and post-spinal cord injury. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 217-228.

Allen Gomes, A. M. (1995). Ideias gerais sobre a sexualidade dos deficientes. In I. Félix; A. M. Marques (Coords.), *E nós... somos diferentes* (1ª ed., pp. 11-28). Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

Almeida, A. (1995). A relação entre auto-conceito e aptidão física. Estudo comparativo entre atletas e não atletas dos 13 aos 15 anos de idade. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Universidade do Porto.

Andrade, M. J. (2000). Vibração e electrejaculação como métodos de colheita de esperma na disfunção ejaculatória. In *Sociedade Portuguesa de Andrologia* (Ed.), *Andrologia Clínica* (pp. 395-403). Porto: SPA.

Andrade, M. J.; Silva, A. V.; Barros, A.; Almeida, V.; Viana, P.; Beires, J.; Oliveira, C.; Sousa, M. (2002). Electroejaculação associada a injeção intracitoplasmática de esperma em lesionados medulares. *Arquivos de Fisiatria*, 9, 5-13.

Ansher, M. H.; Freedson, P.; Hamill, J.; Haywood, K.; Horvat, M.; Plowman, S. A. (1991). *Dictionary of the sport and exercise sciences*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Books.

Anson, C. A.; Shepherd, C. (1996). Incidence of secondary complications in spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 19, 55-66.

Araoz, G. B. (1990). Valoracion funcional. Valoracion Geriatrica Integral, 9, 67-77.

Barbanti, V. (1994). Dicionário de Educação Física e do Esporte. SP, Brasil: Editora Manole, Ltda.

Bastos, M. T. (1998). Qualidade de vida, autoconceito e prática desportiva em lesionados vértebro-medulares. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Universidade do Porto.

Benavento, B. T.; Sipski, M. L. (2002). Neurogenic bladder, neurogenic bowel, and sexual dysfunction in people with spinal cord injury. Physical Therapy, 82, 601-612.

Bernardi, M. (1985). A deseducação sexual. SP, Brasil: Editora Summus.

Biering-Sørensen, F.; Sønksen, J. (2001). Sexual function in spinal cord lesioned men. Spinal Cord, 39, 455-470.

Bors, E; Comarr, A. E. (1960). Neurological disturbances of sexual function with special reference to 529 patients with spinal cord injury. Urological Survey, 110, 191-221.

Bostom, A. G.; Toner, M. M.; McArdle, W. D.; Montelione, T.; Brown, C. D.; Stein, R. A. (1991). Lipid and lipoprotein profiles relate to peak aerobic power in SCI men. Medicine Science of Sports Exercise, 23, 49-54.

Bremner, L. A.; Sloan, K. E.; Day, R. E.; Scull, E. R.;M Ackland, T. (1992). A clinical exercise system for paraplegics using FES. Paraplegia, 30, 647-655.

Bromley, I. (1998). Tetraplegia and Paraplegia – A guide for physiotherapists. (5th ed.). New York: Churchill Livingstone.

Bruns, M. (1997). Deficiência visual e educação sexual – A trajectória dos preconceitos, ontem e hoje, In Revista Benjamin Constant, 7, 9-16.

Burkett, L. N.; Chisum, J.; Stone, W.; Fernhall, B. (1990). Exercise capacity of untrained SCI individuals and the relationship of peak oxygen uptake to level of injury. Paraplegia, 28, 512-521.

Burstein, R.; Zeilig, G.; Royburt, M.; Epstein, Y.; Ohry, A. (1996). Insulin resistance in paraplegics – effect of one bout of acute exercise. International Journal of Sports Medicine, 17, 272-276.

Campos, B. (1990). Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens. Vol. I e II. Lisboa: Universidade Aberta.

Cardoso, J. (2000). Adaptação psicológica à lesão vértebro-medular: Da centralidade da doença à centralidade do sujeito. In Ribeiro, J.; Leal, I.; Dias, M., Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp. 401-408). Lisboa: ISPA.

Cardoso, J. (2003). Sexualidade masculina pós-lesão vértebro-medular. Dissertação de Doutoramento em Ciências Biomédicas pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Carvalho, S.; Andrade, M.; Tavares, M.; Freitas, J. (1998). Spinal Cord Injury and Psychological Response. General Hospital Psychiatry, 20, 353-359.

Carvalho, S.; Andrade, M. J. (1993). Terapia sexual em lesados medulares – Intervenção psiquiátrica. Psiquiatria Clínica, 14, 127-131.

Casanova, C.; McKinley, P. A.; Molotchnikoff, S. (1991). Responsiveness of reorganized primary somatosensory (SI) cortex in chronic spinal cats. Somatosensory & Motor Research, 8, 65-76.

Chantraine, A.; Nusgens, B.; Lapiere, C. M. (1986). Bone remodelling during the development of osteoporosis in paraplegia. *Calcified Tissue International*, 38, 323-327.

Chauí, M. (1984). *Repressão sexual: essa nossa desconhecida*. SP, Brasil: Editora Brasiliense.

Claus-Walker, J.; Singh, J.; Leach, C. S.; Hatton, D. V.; Hubert, C. W.; Di-Ferrante, N. (1977). The urinary excretion of collagen degradation products by quadriplegic patients and during weightlessness. *Journal of Bone & Joint Surgery*, 59, 209-212.

Coelho, J.; Matias, J.; Neto, C.; Godoy, J.; Canan, L.; Jorge, F. (2003). Função sexual de homens submetidos a transplante hepático. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49 (4), 413-417.

Comarr, A. E. (1977). Sexual function in patients with spinal cord injury. In Pierce, D. S. e Nickel, V. H. (eds.): *The Total Care of Spinal Cord Injuries* (pp. 171). Boston: Little, Brown & Co.

Comarr, A. E.; Vigue, M. (1978) Sexual counselling among male and female patients with spinal cord and/or cauda equina – Part I. *American Journal of Physical Medicine*, 57, 107-122.

Courtois, F.; Mathieu, C.; Chavier, K.; Leduc, B.; Bélanger, M. (2001). Sexual Rehabilitation for Men with Spinal Cord Injury: Preliminary Report on a Behavioral Strategy. *Sexuality and Disability*, Vol. 19, Nº2, 149-157.

Crewe, N. M.; Krause, J. S. (1992). Marital status and adjustment to spinal cord injury. *Journal of American Paraplegia Society*, 15, 14-18.

Cusik, C. G.; Wall, J. T.; Whiting Jr., J. H.; Wiley, R. G. (1990). Temporal progression of cortical reorganization following nerve injury. *Brain Research*, 537, 355-358.

Davis, G. M. (1993). Exercise capacity of individuals with paraplegia. *Medicine Science of Sports Exercise*, 25, 423-432.

Davis, G. M.; Shephard, R. J. (1988). Cardiorespiratory fitness in highly active versus inactive paraplegics. *Medicine Science of Sports Exercise*, 20, 463-468.

Davis, G. M.; Shephard, R. J. (1990). Strength training for wheelchair users. *British Journal of Sports Exercise*, 24, 25-30.

Davis, G. M.; Tupling, S.; Shephard, R. J. (1986). Dynamic strength and physical activity in wheelchair users. In *Sports and Disabled Athletes*, Ed. C. Sherrill. Champaign, IL: Human Kinetics.

Dearwater, S. R.; LaPorte, R. E.; Robertson, R. J.; Brenes, G.; Adams, L. L.; Becker, D. (1986). Activity in the SCI patient: An epidemiologic analysis of metabolic parameters. *Medicine Science of Sports Exercise*, 18, 541-544.

De Fazio, A.; Cunningham, K. A. (1987). A paraphilia in a spinal-cord-injured patient: A case report. *Sexuality and Disability*, 8, 247-254.

DeLisa, J. A. (1992). *Medicina de Reabilitação, Princípios e Prática*, Vol. II, Brasil: Editora Manole.

Derogatis, L. R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers Systems.

DeVivo, M. J.; Krause, J. S.; Lammertse, D. P. (1999). Recent trends in mortality and causes of death among persons with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80, 1411-1419.

Ditunno, J. F.; Young, W.; Donovan, W. H.; Creasey, G. (1994). The international standards booklet for neurological and functional classification of spinal cord injuries. *Paraplegia*, 32, 70-80.

Domínguez, J. A.; Busto, J. E.; Suárez, F. A.; Pérez, F. Z.; González, E. H.; Rodríguez, M. L. (2003). Lesión medular traumática. *Revista Mexicana de Neurociência*, 4(1), 21-25.

Drench, M. (1992). Impact of altered sexuality and sexual function in spinal cord injury: A review. *Sexuality and Disability*, 10, 3-13.

Drory, Y.; Ohry, A.; Brooks, M. E.; Dolphin, D.; Kellermann, J. J. (1990). Arm crank ergometry in chronic SCI patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 71, 382-392.

Ducharme, S. H.; Gill, K. M. (1997). *Sexuality after spinal cord injury*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

Ducharme, S.; Gill, K.; Biener-Bergman, S.; Fertitta, L. (1992). Função sexual: Aspectos clínicos e psicológicos. In Delisa, J., A. (Ed.), *Medicina de reabilitação: Princípios e prática* (Vol. 2, pp. 601-621). São Paulo: Manole.

Duchesne, L.; Mussen, M. (1976). *La réadaptation fonctionnelle du paraplégique* (3^{ème} éd.). Bruxelles: Grand Libraire de le Faculté.

Dunn, M. (1983). Sexual questions and comments on a spinal cord injury service. *Disability and Sexuality*, 6, 126-134.

Earle, S. (1999). Facilitated sex and the concept of sexual need: Disable students and their personal assistants. *Disability and Society*, 14, 309-323.

Edmonson, B. (1988). Disability and sexual adjustment. In S. Van Hasselt; P. Strain; M. Hersen (Eds.), *Handbook of development and physical disabilities* (pp. 91-106). New York: Pergamon Press.

Faghri, P. D.; Glaser, R. M.; Figoni, S. F. (1992). FES leg cycle ergometer exercise: training effects on cardiorespiratory responses of SCI subjects at rest

and during submaximal exercise. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 1085-1093.

Farmer, J.; Vaccaro, A.; Albert, T.; Malone, S.; Balderston, R.; Colter, J. (1998). Neurologic deterioration after cervical spinal cord injury. *Journal of Spinal Disorders*, 11, 192-196.

Ferreira, L. (1993). Participação em Sociedade. Desporto para todos – Desporto Adaptado. *Revista Integrar*, nº1...

Ferrer, J. (1995). El Deporte de Competicion en las personas con grandes discapadidades. In *Archivos de Medicina del Deporte*, Vol. XII, nº48, pp. 295-300.

Figoni, S. F. (1993). Exercise responses and quadriplegia. *Medicine and Science in Sports*, 25, 433-441.

Figoni, S. F.; Boileau, R. A.; Massey, B.H.; Larsen, J. R. (1988). Physiological responses of quadriplegic and able-bodied men during exercise at the same VO_2 . *Adapted Physical Activity Quarterly*, 5, 130-139.

Frankel, H. L.; Coll, J. R.; Charlifue, S. W.; Whiteneck, G. G.; Jamous, M. A.; Krishman, K. R.; Nuseibah, I.; Savic, G.; Sett, P. (1998). Long-term survival in spinal cord injury: a fifty year investigation. *Spinal Cord*, 36, 266-274.

Fredericks, C. M. (1996). Motor control at the spinal cord level. In C. Fredericks; L. Saladin (Eds.), *Pathophysiology of the motor systems: Principles and clinical presentations* (pp. 109-138). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Freed, M. M. (1994). Lesões traumáticas e congénitas da medula espinhal. In F. J. Kottke, J. K. Stillwell; J. S. Lehmann (eds.), *Kruzen: Tratado de medicina física e reabilitação* (3ª ed., pp. 667-697). São Paulo: Manole.

Freed, M. M. (1984). Lesões traumáticas e congénitas da medula espinhal. In Kottke, F. e Lehmann, J. (eds.) Tratado de Medicina e Reabilitação de Krusen, (1ª ed., pp. 709-738). São Paulo: Editora Manole.

Frontera, W. R.; Dawson, D. M.; Slovik, D. M. (2001). Exercício Físico e Reabilitação. SP, Brasil: Artmed Editora.

Galbo, H. (1983). Hormonal and metabolic adaptation to exercise. New York: Thieme-Stratton.

Garland, D. E.; Stewart, C. A.; Adkins, R. H.; Hu, S. S.; Rosen, C; Liotta, F. J.; Weinstein, D. A. (1992). Osteoporosis after spinal cord injury. Journal of Orthopaedic Research, 10, 371-380.

Gass, G. C.; Camp, E. M. (1979). Physiological characteristics of trained paraplegic and tetraplegic subjects. Medicine and Science in Sports, 11, 256-265.

Gibson, C. J. (1992). Overview of spinal cord injury. Physical Medicine and Rehabilitation – Clinics of North America: Traumatic Spinal Cord Injury, 3, 699-709.

Gittler, M. S.; McKinley, W. O.; Stiens, S. A.; Groah, S. L.; Kirshblum, S. C. (2001). Spinal cord injury medicine: 3. Rehabilitation outcomes. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 83(Supp. 1), 565-751.

Glass, C. A. (1999). Spinal cord injury: Impact and coping (1st ed.). Leicester: BPS Books.

Goffman, E. (1988). Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Grimby, G. (1980). Aerobic capacity, muscle strength, and fiber composition in young paraplegics. In Nativg, H (Ed.), First International Medical Congress on Sports for the Disabled. Oslo: Royal Ministry for Church and Education.

Grimby, G.; Broberg, C.; Krotiewska, I.; Krotiewski, M. (1976). Muscle fiber composition in patients with traumatic cord lesion. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 8, 37-42.

Guccione, A. A.; Cullen, E. K. (1993). Avaliação funcional, In O'Sullivan, S. B. e Schmitz, T. J. (eds.), *Fisioterapia, Avaliação e Tratamento* (pp. 260-263). Bela Vista: Editora Manole, Ltd.

Hangarther, T. N.; Rodgers, M. M.; Glaser, R. M.; Barre, P. S. (1994). Tibial bone density loss in SCI patients: effects of FES exercise. *Journal Rehabilitation Research Development*, 31, 50-61.

Hardison, G. J. Jr.; Israel, R. G.; Somes, G. W. (1987). Physiological responses to different cranking rates during submaximal arm ergometry in paraplegic males. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 4, 95-105.

Henriques, F. M. (2004). *Paraplegia. Percursos de Adaptação e Qualidade de Vida*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Heruti, R. J.; Katz, H.; Menashe, Y.; Weissenber, R.; Raviv, G.; Madjar, I.; Ohry, A. (2001). Treatment of male infertility due to spinal cord injury using rectal probe electroejaculation: The Israeli experience. *Spinal Cord*, 39, 168-175.

Higgins, J. G. (1978). Aspects of sexual response in adults with spinal-cord-injury: A review of the literature. In J. LoPiccolo, L. LoPiccolo (Eds.), *Handbook of sex therapy* (pp. 387-410). New York: Plenum Press.

Hoffman, M. D. (1986). Cardiorespiratory fitness and training in quadriplegics and paraplegics, *Sports Medicine*, 3, 312-330.

Hooker, S. P.; Figoni, S. F.; Glaser, R. M.; Rodgers, M. M.; Ezenwa, B. N.; Faghri, P.D. (1990). Physiologic responses to prolonged electrically stimulated leg-cycle exercise in the SCI. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 71, 863-869.

Ide, M.; Fugl-Meyer, AR. (2001). Life satisfaction in persons with spinal cord injury: a comparative investigation between Sweden and Japan. *Spinal Cord*, 39, 387-393.

Kannisto, M.; Sintonen, H. (1997). Later health-related quality of life in adults who have sustained spinal cord injury in childhood. *Spinal Cord*, 35, 747-751.

Kaplan, P. E.; Roden, W.; Gilbert, E.; Richards, L.; Goldschmidt, J. W. (1981). Reduction of hypercalciuria in tetraplegia afterweight-bearing and strengthening exercises. *Paraplegia*, 19, 289-293.

Kelahan, A. M.; Doetsch, G. S. (1984). Time-dependent changes in functional organization of somatosensory cerebral cortex following digit amputation in adult raccons. *Somatosensory Research*, 2, 49-81.

Kim, S. Y.; Cho, K. J.; Park, C. I.; Yoon, T. S.; Han, D. Y.; Kim, S. K.; Lee, H. L. (1993). Effect of wheelchair ergometer training on SCI paraplegics. *Yonsei Medical Journal*, 34, 278-286.

Kjaer, M.; Pollack, S. F.; Mohr, T.; Weiss, H.; Gleim, G. W.; Bach, F. W.; Nicolaisen, T.; Galbo, H.; Ragnarsson, K. T. (1996). Regulation of glucose turnover and hormonal responses during electrical cycling in tetraplegic humans. *American Journal of Physiology*, 271, 191-199.

Knuttson, E.; Lewenhaupt-Olsson, E.; Thorsen, M. (1973). Physical work capacity and physical conditioning in paraplegic patients. *Paraplegia*, 11, 205-216.

Kocina, P. (1997). Body composition of spinal cord injured adults. *Sports Medicine*, 23, 46-60.

Krause, J. S. (1998). Skin sores after spinal cord injury: Relationship to life adjustment. *Spinal Cord*, 36, 51-56.

Krause, J. S. (2001). An exploratory study of pressure ulcers after spinal cord injury: relationship to protective behaviours and risk factors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82 (1), 107-113.

Krause, J. S.; Crewe, N. M. (1991). Chronologic age, time since injury, and time of measurement: Effect on adjustment after spinal cord injury. *Archives of Medicine and Rehabilitation*. Chicago, 72, 91-100.

Kreuter, M.; Sullivan, M.; SiÖsteen, A. (1994). Sexual adjustment after spinal cord injury (SCI) focusing on partner experiences. *Paraplegia*, 32, 225-235.

Kreuter, M.; Sullivan, M.; SiÖsteen, A. (1996). Sexual adjustment and quality of relationships in spinal paraplegia: A controlled study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 541-548.

Leeds, E.; Klose, J.; Ganz, W.; Serafini, A.; Green, B. A. (1990). Bone mineral density after bicycle ergometry training. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 71, 207-209.

Lianza, S.; Casalis, M. E. P.; Greve, J. M.; Eichberg, R. (2001). A lesão medular. In S. Lianza (Coor./Ed.) *Medicina de reabilitação* (3ª ed., pp. 299-322). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Liberman, M. B.; Liberman, A. (1993). Ajustamento psicossocial à incapacidade. In O'Sullivan, S. B.; Schmitz, T. J. (Eds.) *Fisioterapia: Avaliação e Tratamento* (2ª ed., pp. 9-30). São Paulo: Manole Lda.

Lin, K. (1997). Quality of life of spinal cord injured patients in Taiwan: a subgroup study. *Spinal Cord*, Vol.35, 12, 841-849.

Linsenmeyer, T. A.; Perkash, I. (1991). Infertility in men with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 29, 443-446.

Loureiro, S. C. (1997). Qualidade de vida sob a ótica de pessoas que apresentam lesão medular. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo*, 31, 347-367.

Martin, T. P.; Stein, R. B.; Hoepfner, P. H.; Reid, D. C. (1992). Influence of electrical stimulation on the morphological and metabolic properties of paralyzed muscle. *Journal Applied Physiology*, 72, 1401-1406.

Martins, C (2001). Construção e Validação de Instrumentos de Avaliação. Departamento de Psicologia. Universidade do Minho (trabalho não publicado)

Martins, F.; Freitas, F.; Martins, L. (1999). Epidemiologia e tratamento dos traumatizados vértebro-medulares. Avaliação na Região Centro. *Arquivos de Fisiatria*, 6, 5-26.

Martins, F.; Martins, L. (2000). Tratamento dos traumatizados vértebro-medulares. O passado e o presente. Que futuro? *Arquivos de Fisiatria*, 7, 131-154.

McArdle, W. D.; Katch, F. I.; Katch, V. L. (1994). *Essentials of exercise physiology*. Philadelphia: Lea & Febiger.

McKinley, W. O.; Jackson, A. B.; Cardenas, D. D.; DeVivo, M. J. (1999). Long-term medical complications after traumatic spinal cord injury: A regional model systems analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(11), 1402-1410.

Merzenich, M. M.; Nelson, R. J.; Stryker, M. P.; Cyander, M. S.; Schoppmann, A.; Zook, Z. M. (1984). Somatosensory cortical map changes following digit amputation in adult monkeys. *Journal of Comparative Neurology*, 224, 591-605.

Milligan, M. S.; Neufeldt, A. H. (2001). The myth of asexuality: A survey of social and empirical evidence. *Sexuality and Disability*, 19, 91-109.

Monga, M.; Bernie, J.; Rajasekaran, M. (1999). Male infertility and erectile dysfunction in spinal cord injury: A review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80, 1331-1339.

Morris, J. (1991). *Pride against prejudice*. London: Women's Press.

Moura e Castro, J. (1994). *Estudo comparativo da influência da capacidade de resistência aeróbica na orientação e mobilidade do cego*. Lisboa: Centro de Reabilitação, Secretariado Nacional de Reabilitação.

Muraki, S.; Tsunawake, N.; Hiramatsu, S; Yamasaki, M. (2000). The effect of frequency and mode of sports activity on the psychological status in tetraplegics and paraplegics. *Spinal Cord*, 38, 309-314.

Naftchi, N. E.; Viau, A. T.; Sell, G. H.; Lowman, E. W. (1980). Mineral metabolism in spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 61, 139-142.

National Institutes of Health (1995). *Physical Activity and Cardiovascular Health, Consensus Statement Online*. Disponível em WWW:URL: <http://text.nlm.nih.gov/nih/cdc/www/101txt.html>.

Nilsson, S.; Staff, P.; Pruett, E. (1975). Physical work capacity and the effect of training on subjects with long standing paraplegia. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 7, 51-56.

Noreau , L.; Shephard, R. J. (1992). Return to work after SCI: The potential contribution of physical fitness. *Paraplegia*, 30, 563-572.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Ohl, D. A.; Sønksen, J.; Menge, A. C.; McCabe, M.; Keller, L. M. (1997). Electroejaculation versus vibratory stimulation in spinal cord injured men: Sperm quality and patient preference. *The Journal of Urology*, 157, 2147-2149.

Page, R. C.; Cheng, H. P.; Pate, T. C.; Mathus, B.; Pryor, D.; Ko, J. C. (1987). The perceptions of spinal cord injured persons toward sex. *Sexuality and Disability*, 8, 112-132.

Paim, M. C.; Pereira, E. F.; Villis, J. M. (2004). Temperamento e traços de personalidade de atletas de orientação. Disponível em WWW:URL: [http://www.efdeports.com/Revista Digital](http://www.efdeports.com/Revista_Digital).

Patrick, D. L. (1991). A critical appraisal of stroke evaluation and rating scales. *Progress, Review-stroke rating scales*, 22, 1345-1352.-

Pearson, V.; Klook, A. (1989). Sexual behaviour following paraplegia: An exploratory study in Hong Kong. *Disability, Handicap and Society*, 4, 285-296.

Pedrinelli, V. J. (1994). *Pessoas portadoras de deficiência mental e a prática de actividades motoras*. Brasília: SEDES-MEL/SESI.

Peralta, H. (1989). *Educación Física, Deportes Y Recreación para Personas em Sillas de Ruedas*. Colombia: Geuninis.

Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS. (3ª ed.)*. Edições Sílabo.

Peters, S. (2000). Is there a disability culture? A syncretisation of three possible world views. *Disability and Society*, 15, 583-601.

Phelps, J.; Albo, M.; Dunn, K.; Joseph, A. (2001). Spinal cord injury and sexuality in married or partnered men: Activities, function, needs and predictors of sexual adjustment. *Archives of Sexual Behavior*, 30(6), 591-602.

Phelps, G.; Brown, M.; Chen, O.; Dunn, M.; Lloyd, E.; Stefanick, M. L.; Davidson, J. M.; Perkas, I. (1983). Sexual experiences and plasma testosterone levels in male veterans after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 64, 47-52.

Pinheiro, J. P. (1994). Patologia vértebro-medular, bioquímica e prognóstico funcional: Parte I. *Arquivos de Fisiatria*, 1, 29-50.

Pollack, S. F.; Axen, K.; Spielholz, N.; Levin, N.; Haas, F.; Ragnarsson, K. T. (1989). Aerobic training effects of electrically induced lower extremity exercises in SCI people. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 70, 214-219.

Pons, T. P.; Garraghty, P. E.; Ommaya, A. K.; Kaas, J. H.; Taub. E.; Mishkin, M. (1991). Massive cortical reorganization after sensory deafferentation in adult macaques. *Science*, 252, 1860-1875.

Ragnarsson, K. T. (1988). Physiologic effects of FES-induced exercises in SCI individuals. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, Aug, 53-63.

Ramachandran, V. S. (1993). Behavioral and magnetoencephalographic correlates of plasticity in the adult human brain. *Proceedings of the National Academy of Science of USA*, 90, 10413-10420.

Ramos, A. S.; Vidal, J.; Jáuregui, M. L.; Barrera, M; Recio, C.; M. de la Fuente; Santos, J. F.; JUAN, F. J.; Moraleda, S.; Méndez, J. L.; Ramirez, L.; Casado, R. M. (2001). Efficacy, safety and predictive factors of therapeutic success with sildenafil for erectile dysfunction in patients with different spinal cord injuries. *Spinal Cord*, 39, 637-643.

Recanzone, G. H.; Schreiner, C. E.; Merzenich, M. M. (1993). Plasticity in the frequency representation of primary auditory cortex following discrimination training in adult owl monkeys. *Journal of Neuroscience*, 13, 87-103.

Richards, J. S.; Seitz, M. R.; Eisele, W.A. (1986). Auditory processing in spinal cord injury: a preliminary investigation from a sensory deprivation perspective. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67, 115-117.

Rieser, T. V.; Mudiyan, R.; Waters, R. L. (1985). Orthopedic evaluation of spinal cord injury and management of vertebral fractures. In H. Adkins (Ed.), *Spinal Cord* (pp. 1-36). New York: Churchill Livingstone.

Rintala, D. H.; Loubster, P. G.; Castro, J.; Hart, K.; Fuhrer, M. J. (1998). Chronic pain in a community-based sample of men with spinal cord injury: Prevalence, severity, and relationship with impairment, disability, handicap, and subjective well-being. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 604-614.

Rodríguez A. L.; Buceta, J. M.; Pérez-Llantada, M. C.; Rivas, J. A.; Garcia, J. E. (sd). Exercício Físico, Hábitos de Saúde Y Factores de Riesgo: Resultados de Dos Estudos Exploratórios. In Serpa, S.; Araújo, D. (Eds.), 2002. *Psicologia do Desporto e do Exercício – Compreensão e Aplicações* (pp. 121-132). Lisboa: FMH Edições.

Rosadas, S. C. (1994). *Educação Física e Prática Pedagógica: Portadores de Deficiência Mental*. Vitória: UFES, Centro de Educação Física e Desportos.

Rosen, RC.; Riley, A.; Wagner, G.; Osterloh, IH.; Kirkpatrick, J.; Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIFE): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.

Rucker, B.; Carpenter, C.; Szasz, G. (1989). Survey of men with spinal cord injuries demonstrates interest in fertility enhancement. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 3(1), 37-41.

Sampaio, S. (1982). A criança deficiente e a sexualidade. *Reabilitação*, 2, 39-42.

Sampaio, S. (1991). A sexualidade do doente com lesão medular. *Planeamento Familiar*, 51, 5-6.

Samulski, D. (1992). *Psicologia do Esporte: Teoria e aplicação prática*. Belo Horizonte: Imprensa Universitária/UFMG.

Schmitz, T. J. (1988). Traumatic spinal cord injury. In S. B. O'Sullivan; T. J. Schmitz (Eds.), *Physical Rehabilitation: Assessment and treatment* (2nd ed, pp. 545-588). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Schmitz, T. J. (1993). Lesão Traumática da Medula Espinal. In S. B. O'Sullivan; T. J. Schmitz (Eds.), *Avaliação e Tratamento em Fisioterapia* (pp. 621-670). SP, Brasil: Editora Manole.

Schmitz, T. J.; Schneider, F.J. (1993). Traumatic Spinal Cord Injury. In Umphred, D. A (ed.). *Neurological Rehabilitation* (pp.314). St. Louis: CV Mosby.

Schover, L. R.; Jensen, S. B. (1988). *Sexuality and chronic illness: A comprehensive approach*. New York: The Guildford Press.

Schuler, M. (1982). Sexual counselling for the spinal cord injured: A review of five programs. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8, 241-252.

Scivoletto, G.; Petrelli, A.; Di Lucente, L.; Castellano, V. (1997) Psychological investigation of spinal cord injury patients. *Spinal Cord*, 35, 516-520.

Seidel, A. C. (1982). Spinal cord injury. In M. Loggins (Ed.), *Adult rehabilitation: A team approach for therapists* (pp. 325-346). Boston.

Shakespeare, T. (1996). Power and prejudice: Issues of gender, sexuality and disability. In L. Barton (Ed.), *Disability and Society: Emerging issues and insights* (pp. 191-214). London: Longman.

Shakespeare, T.; Gillespie-Sells, R.; Davies, D. (1996). *The sexual politics of disability*. London and New York: Cassell.

Simões, M. R.; Gonçalves, M. M.; Almeida, L. S. (1999). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal, Vol. 2*. Braga: APPORTS/SHO.

Siösteen, A.; Lundqvist, C.; Blomstrand, C.; Sullivan, M. (1990). Sexual ability, activity, attitudes and satisfaction as a part of adjustment in spinal cord injured subjects. *Paraplegia*, 28, 285-295.

Sipski, M. L. (1997). Spinal cord injury and sexual function: An educational model. In M. L. Sipski; C. J. Alexander (Eds.), *Sexual function in people with disability and chronic illness: a health professional's guide* (pp. 149-176). Gaithersburg, MA: Aspen.

Sipski, M. L.; Alexander, C. J. (1992). Sexual function and dysfunction after spinal cord injury. *Physical Medicine and Rehabilitation – Clinics of North America: Traumatic Spinal Cord Injury*, 3, 811-829.

Sipski, M. L.; Alexander, C. J. (1998). Sexuality and disability. In J. A. Delisa; B. M. Gans (Eds.), *Rehabilitation Medicine: Principles and practices* (3rd ed, pp. 1107-1129). Philadelphia: Lippincott-Raven.

Sishuba, G. J. (1997). *Sexuality in the male paraplegic*. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade de Africa do Sul (consult. 19-04-2004). Disponível em [WWW.URL: http://wwwlib.uni.com/dissertations/results?set_num=1](http://wwwlib.uni.com/dissertations/results?set_num=1). (resumo).

Sloan, K. E.; Bremner, L. A.; Byrne, J.; Day, R. E.; Scull, E. R. (1994). Musculoskeletal effects of an electrical stimulation induced cycling programme in the spinal injured. *Paraplegia*, 32, 407-415.

Smith, B. S.; Porter, L. D. (1992). Decubitus ulcers and skin and nail changes after spinal cord injury. *Physical Medicine and Rehabilitation – Clinics of North America: Traumatic Spinal Cord Injury*, 3, 797-809.

Sønsken, J.; Ohl, D. A.; Momose, H.; Rocha, F. T.; Barros, T. E.; Biering-Sørensen, F. (1999). Treatment of infertility. *Spinal Cord*, 37, 89-95.

Sousa, P. A. (1994). *O Esporte na Paraplegia e Tetraplegia*. Brasil: Editora Guanabara Koogan S. A.

Staas, W. E.; Ditunno, J. F. (1992). A system of spinal cord injury care. *Physical Medicine and Rehabilitation – Clinics of North America: Traumatic Spinal Cord Injury*, 3, 893-902.

Staas, W. E.; Formal, C. S.; Gershkoff, A. M.; Freda, M.; Hirschwald, J. F.; Miller, G. T.; Forrest, L.; Burkhard, B. A. (1992). Reabilitação do paciente com traumatismo raquimedular. In J. DeLisa (Ed.), *Medicina de reabilitação: Princípios e prática* (Vol. 2, pp. 735-762). São Paulo: Manole.

Stein, R. (1992). Sexual dysfunctions in the spinal cord injured. *Paraplegia*, 30, 54-57.

Steinberg, L. L.; Sposito, M. M.; Lauro, F. A.; Tufik, S.; Mello, M. T.; Naffah-Mazzacoratti, M. G.; Cavalheiro, E. A.M; Silva, A. C. (1998). Serum level of serotonin during rest and during exercise in paraplegic patients. *Spinal Cord*, 36, 18-20.

Stiens, S. A.; Bergman, S. B.; Formal, C. S. (1997). Spinal Cord Injury Rehabilitation. Individual Experience, Personal Adaptation, and Social Perspectives. *Archives of Medicine and Rehabilitation*, 78, 65-72.

Streletz, L. J.; Belevich, J. K.; Jones, S. M.; Bhushan, A.; Shah, S. H.; Herbison, G. J. (1995). Transcranial magnetic stimulation: cortical motor maps in acute spinal cord injury. *Brain Topography*, 7, 245-250.

Teal, J. C.; Athelstan, G. T. (1975). Sexuality and spinal cord injury: Some psychosocial considerations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 56, 264-268.

Tepper, M. S. (1992). Sexual education in spinal cord injury rehabilitation: Current trends and recommendations. *Sexuality and Disability*, 10, 15-31.

Tepper, M. S. (1997). Living with a disability: A man's perspective. In M. L. Sipski; C. J. Alexander (Eds.), *Sexual function in people with disability and chronic illness: A health professional's guide* (pp. 131-146). Gaithersburg, MA: Aspen.

Tepper, M. S. (2000). Sexuality and disability: The missing discourse of pleasure. *Sexuality and Disability*, 18, 283-289.

Tesch, P. A.; Karlsson, J. (1983). Muscle fiber type characteristics of M. deltoideus in wheelchair athletes. Comparisons with other trained athletes. *American Journal of Physiology*, 62, 239-243.

Trieschmann, R. B. (1980). *Spinal cord injuries: Psychological, social and vocational adjustment*. New York: Pergamon Press.

Turner, J. A.; Cardenas, D. D.; Warms, C. A.; McClellan, C. B. (2001). Chronic pain associated with spinal cord injuries: A community survey. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 82(4), 501-508.

VanLoan, M. D.; McCluer, S.; Loftin, M.; Boileau, R. A. (1987). Comparison of physiological responses to maximal arm exercise among able-bodied, paraplegics and quadriplegics. *Paraplegia*, 25, 397-405.

Varela, A. (1991). Desporto para pessoas com deficiência – Expressão distinta do desporto. *Educação Especial e Reabilitação*, 1(5), 53-61.

Vash, L. (1991). *Enfrentando a Deficiência – A Manifestação – A Psicologia – A Reabilitação*. São Paulo, Brasil: Editora Pioneira.

Verkuyl, A. (1997). Some neuromotor syndromes and their sexual consequences. In J. Money; H. Museph (Eds.), *Handbook of sexology* (pp. 945-958). Elsevier/North-Holland Biomedical Press.

Westgren, N.; Levi, R. (1999). Quality of life and Traumatic Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 1433-1439.

Wheeler, G. D.; Ashley, E. A.; Harber, V.; Laskin, J. J.; Olenik, L. M.; Sloley, D.; Burnham, R.; Steadward, R. D.; Cumming, D. C. (1996). Hormonal responses to graded-resistance, FES-assisted strength training in SCI. *Spinal Cord*, 34, 264-267.

Whipple, B.; Komisaruk, B (1992). Physiological correlates of imagery induced orgasm in women. *Archives of Sexual Behavior*, 21(2), 121-133.

White, M. J. (1992). Sexual activities, concerns and interests of men with spinal cord injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 4, 225-231.

World Health Organization (1975). *Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals*. WHO Technical Report Series, Nº 572. Geneva: WHO.

World Health Organization (2002). *Gender and reproductive rights - Sexual Health*. (Consult.18-04-2005). Disponível em WWW:URL:http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html

Young, J. S. (1982). *Spinal Cord Injury Statistics: Experience of Regional Spinal Cord Injury Systems*. Phoenix, Good Samaritan Medical Center.

Anexo 1 – Classificação da International *Stoke Mandeville Wheelchair Sport Federation*, para os LVM

Anexo 2 – Cartas de apresentação do estudo aos participantes

Anexo 3 – Questionário sócio-demográfico

Anexo 4 – Índice de Barthel ou Escala de Independência Funcional

Anexo 5 – Questionário de Personalidade de Eysenck

Anexo 6 – Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Anexo 7 – Índice Internacional de Função Erétil

Anexo 1 - Classificação da *International Stoke Mandeville Wheelchair Sport Federation (ISMWSF)*, para os LVM.

CLASSES	NÍVEL DE LESÃO
Classe 1 A	C4 a C6
Classe 1 B	C4 a C7
Classe 1 C	C4 a C8
Classe 2	D1 a D5
Classe 3*	D6 a D10
Classe 4*	D11 a L3
Classe 5	L4 a L5
Classe 6	S1 a S3

*Classes pertencentes ao nosso estudo.

Classe 1A – Todas as lesões cervicais com tetraplegia completa ou incompleta, com envolvimento em ambas as mãos, fraqueza de tricípede (até grau 3 na escala de teste) e grave fraqueza do tronco e membros inferiores, que interfere de forma significativa no equilíbrio do tronco.

Classe 1B – Todas as lesões cervicais com tetraplegia completa ou incompleta que apresentam envolvimento dos membros superiores, mas menos que em 1A, com a preservação de um tricípede bom ou normal (4 ou 5 na escala de teste) e com uma fraqueza generalizada do tronco e dos membros inferiores, que interfere de forma significativa no equilíbrio do tronco.

Classe 1C – Todas as lesões cervicais com tetraplegia completa ou incompleta, com envolvimento dos membros superiores, mas menos que em 1B, com preservação de um bom tricípede (4 ou 5 na escala de teste) e, flexão e extensão dos dedos normal ou que permita preensão e libertação, mas sem a função intrínseca da mão, e uma fraqueza generalizada do tronco e membros inferiores, que interfere no equilíbrio do tronco e marcha.

Classe 2 – Paraplegia completa ou incompleta abaixo de D₁ até D₅ inclusive, paralisia abdominal total ou músculos abdominais fracos (de 0 a 2 na escala de teste), não apresentando equilíbrio útil de tronco.

Classe 3 – Paraplegia completa ou incompleta com incapacidade abaixo de D₅ até D₁₀ inclusive, com musculatura abdominal superior e extensores de coluna suficiente para fornecer algum equilíbrio sentado.

Classe 4 – Paraplegia completa ou incompleta abaixo de D₁₀ até L₃ inclusive, com pouca ou sem força de quadricípede (\pm 2 escala de teste muscular) e paralisia glútea.

([http:// www.iwbf.org/development.html](http://www.iwbf.org/development.html))

Anexo 2 – Cartas de apresentação do estudo aos participantes

Universidade do Porto

Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física

Mestrado em Actividade Física Adaptada

Ex.mo Senhor:

Os questionários em anexo fazem parte de um trabalho de mestrado intitulado “Influência da actividade física na sexualidade de indivíduos com lesão vértebro-medular”.

Tendo conhecimento que sofreu uma lesão vértebro-medular e pratica uma modalidade desportiva, vimos solicitar a sua colaboração neste estudo dando-nos a sua opinião e situação em que se encontra, relativamente aos parâmetros estudados.

Não existem respostas certas nem erradas, interessa sim registar a sua opinião. Mesmo que tenha dúvidas, certifique-se que respondeu a todas as perguntas (caso necessite, solicite ajuda junto do seu treinador).

A sua colaboração é voluntária mas, por favor, considere que sem ela não será possível concluir este estudo.

Garantimos que a sua participação não acarreta quaisquer gastos ou custos.

Os dados recolhidos serão confidenciais e de modo algum será identificado.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade para participar neste estudo.

Quando terminar, por favor, entregue ao seu responsável de treino, que nos devolverá o mais breve possível.

Sim, aceito participar voluntariamente neste estudo

Não aceito participar neste estudo

O meu sincero Obrigada,
Fisioterapeuta Ilídia Magalhães

Universidade do Porto

Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física

Mestrado em Actividade Física Adaptada

Ex.mo Senhor:

Os questionários em anexo fazem parte de um trabalho de mestrado intitulado “Influência da actividade física na sexualidade de indivíduos com lesão vértebro-medular”.

Tendo conhecimento que sofreu uma lesão vértebro-medular e se encontra a realizar tratamentos de fisioterapia, vimos solicitar a sua colaboração neste estudo dando-nos a sua opinião e situação em que se encontra, relativamente aos parâmetros estudados.

Não existem respostas certas nem erradas, interessa sim registar a sua opinião. Mesmo que tenha dúvidas, certifique-se que respondeu a todas as perguntas (caso necessite, solicite ajuda junto do seu fisioterapeuta).

A sua colaboração é voluntária mas, por favor, considere que sem ela, não será possível concluir este estudo.

Garantimos que a sua participação não acarreta quaisquer gastos ou custos.

Os dados recolhidos serão confidenciais e de modo algum será identificado.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade para participar neste estudo.

Quando terminar, por favor, entregue ao seu fisioterapeuta, que nos devolverá o mais breve possível.

Sim, aceito participar voluntariamente neste estudo

Não aceito participar neste estudo

O meu sincero Obrigada,

Fisioterapeuta Ilídia Magalhães

Anexo 3 – Questionário sócio-demográfico

N.º ____ Grupo: ____

1. Data de nascimento: ____/____/____

2. Estado civil:

- Casado
- Solteiro
- Divorciado
- Viúvo

3. Habilitações literárias:

- Sem habilitações
- Até 4.ª classe
- Até ao 9.º ano (antigo 5.º ano)
- Curso médio, técnico
- Curso superior

4. Qual a sua profissão? _____

5. Qual a causa da sua lesão?

- Acidente de viação
- Acidente de trabalho
- Acidente desportivo
- Doença
- Outra Qual? _____

6. Há quanto tempo sofreu a lesão? _____

7. Qual o nível da sua lesão? _____ Completa Incompleta

8. Possui qualquer outro tipo de lesão ou doença?

Sim Não

9. Se sim, Qual? _____

10. Vive sozinho?

Sim Não

11. Se respondeu não,

- Vive com os seus familiares
- Vive com algum(a) amigo(a)
- Vive com o(a) seu(sua) companheiro(a)

12. Depois da lesão, continuou a estudar ou a trabalhar?

Sim Não

13. Se respondeu sim,

- Trabalha sem qualquer adaptação e o mesmo n.º de horas
- Trabalha com redução do n.º de horas e/ou adaptações
- Trabalha apenas em casa para além das actividades domésticas

14. Antes da lesão praticou qualquer tipo de actividade física e/ou Desportiva?

Sim Não

15. Depois da lesão pratica ou praticou qualquer tipo de actividade física e/ou desportiva?

Sim Não

16. Se sim, há quanto tempo pratica? _____

17. Com que frequência semanal?

- 1 vez por semana
- 2 vezes por semana
- 3 vezes por semana

18. Se não pratica, qual o motivo? _____

19. Em que hospital ou centro de especialidade fez o seu programa de reabilitação? _____

20. Continua com acompanhamento em algum centro especializado em patologia vértebro medular?

Sim Não

21. Antes da lesão, possuía uma actividade estável de carácter sexual?

Sim Não

22. Foi mantida a mesma relação ou outra de carácter semelhante, após a lesão?

Sim Não

23. Toma algum tipo de medicação ou utiliza algum meio de apoio para a sua actividade sexual (medicação oral, injectável, bomba de vácuo, etc.)?

Sim Não

24. Se sim, Qual? _____

Anexo 4 - Índice de Barthel – Escala de Independência Funcional

(Mahoney e Dorothea Barthel, 1965)

Coloque uma ☒ na resposta que mais se adequa à sua situação.

1. Alimentação

- 10 Independente
- 5 Precisa de ajuda (ex. para cortar alimentos)
- 0 Dependente

2. Transferências

- 15 Independente
- 10 Precisa de alguma ajuda
- 5 Necessita de ajuda de outra pessoa, mas consegue sentar-se
- 0 Dependente, não tem equilíbrio sentado

3. Toilete

- 5 Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes
- 0 Dependente, necessita de ajuda

4. Utilização do W.C.

- 10 Independente
- 5 Precisa de alguma ajuda
- 0 Dependente

5. Banho

- 5 Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)
- 0 Dependente, necessita de alguma ajuda

6. Mobilidade

- 15 Caminha 50 metros, s/ ajuda ou supervisão (pode usar ortótese)
- 10 Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda
- 5 Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas
- 0 Imóvel

7. Subir e descer escadas

10 Independente, com ou sem ajudas técnicas

5 Precisa de ajuda

0 Dependente

8. Vestir

10 Independente

5 Com ajuda

0 Impossível

9. Controlo intestinal

10 Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar

5 Acidente ocasional (1 x por semana)

0 Incontinente (ou precisa de uso de clisteres)

10. Controlo urinário

10 Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho

5 Acidente ocasional (máximo 1 x por semana)

0 Incontinente, ou algaliado incapaz de manejar a algália sozinho

Total: _____

Anexo 5 - Questionário de Personalidade de Eysenck - EPQ

Versão para adultos

Versão adaptada por Eysenck, Fonseca & Simões (1991) do original Eysenck Personality Questionnaire (1975)

Instruções:

Por favor responda a cada pergunta fazendo um círculo ao redor do “SIM” ou do “Não”, que se segue a cada pergunta. Não há respostas certas ou erradas, nem há perguntas com rasteiras. Trabalhe rapidamente sem pensar demasiado no significado exacto de cada pergunta.

Por favor, não se esqueça de responder a todas a s perguntas

- | | | | |
|-----|--|------------|------------|
| 1. | Tem muitos passatempos?..... | SIM | NÃO |
| 2. | O seu estado de humor muda com frequência?..... | SIM | NÃO |
| 3. | É uma pessoa faladora?..... | SIM | NÃO |
| 4. | Se tivesse uma dívida sentir-se-ia preocupado(a)?..... | SIM | NÃO |
| 5. | Já alguma vez se sentiu “simplesmente miserável”, sem razão?..... | SIM | NÃO |
| 6. | Já alguma vez se serviu de mais do que aquilo que lhe era devido?. | SIM | NÃO |
| 7. | É uma pessoa alegre e descontraída? | SIM | NÃO |
| 8. | Ficaria muito magoado(a) ao ver uma criança ou um animal sofrerem?..... | SIM | NÃO |
| 9. | Preocupa-se frequentemente com coisas que não deveria ter dito ou feito? | SIM | NÃO |
| 10. | Se disser que fará uma coisa, cumpre sempre a sua promessa, por mais inconveniente que isso seja?..... | SIM | NÃO |
| 11. | É geralmente capaz de se descontrair e divertir-se numa festa animada?..... | SIM | NÃO |
| 12. | É uma pessoa irritável?..... | SIM | NÃO |
| 13. | Já alguma vez culpou alguém por uma coisa que sabia ser falta sua?..... | SIM | NÃO |
| 14. | Acha que fazer um seguro é boa ideia?..... | SIM | NÃO |
| 15. | Fica magoado(a) com facilidade?..... | SIM | NÃO |
| 16. | Todos os seus hábitos são bons e desejáveis?..... | SIM | NÃO |
| 17. | Tende a ficar em segundo plano em encontros sociais?..... | SIM | NÃO |
| 18. | Seria capaz de tomar drogas que tenham efeitos estranhos ou perigosos?..... | SIM | NÃO |
| 19. | Sente-se frequentemente farto(a) e chateado(a)? | SIM | NÃO |

20.	Já alguma vez ficou com alguma coisa (nem que fosse um alfinete ou um botão) que pertencesse a outra pessoa?.....	SIM	NÃO
21.	Gosta muito de sair?.....	SIM	NÃO
22.	Diverte-se a magoar as pessoas que ama?.....	SIM	NÃO
23.	Sente-se frequentemente perturbado(a) por sentimentos de culpa?..	SIM	NÃO
24.	Prefere ler a encontrar-se com pessoas?.....	SIM	NÃO
25.	Acha que é uma pessoa nervosa?.....	SIM	NÃO
26.	Tem muitos amigos?	SIM	NÃO
27.	É uma pessoa preocupada?.....	SIM	NÃO
28.	Acha que é uma pessoa alegre e descontraída?.....	SIM	NÃO
29.	Preocupa-se com coisas horríveis que podem acontecer?.....	SIM	NÃO
30.	Já alguma vez quebrou ou perdeu alguma coisa que pertencesse a outra pessoa?.....	SIM	NÃO
31.	É você, geralmente, quem toma a iniciativa de fazer novos amigos?	SIM	NÃO
32.	Acha que é uma pessoa tensa e com nervos à flor da pele?.....	SIM	NÃO
33.	Na maioria das vezes, você fica calado(a) quando está com outras pessoas?.....	SIM	NÃO
34.	Já alguma vez se gabou de si próprio?.....	SIM	NÃO
35.	É capaz, facilmente, animar uma festa sem graça?.....	SIM	NÃO
36.	Preocupa-se com a sua saúde?.....	SIM	NÃO
37.	Já alguma vez disse alguma coisa má ou desagradável sobre uma pessoa?.....	SIM	NÃO
38.	Gosta de contar piadas e história engraçadas aos seus amigos?.....	SIM	NÃO
39.	Quando era criança alguma vez foi atrevido(a) para com os seus pais?.....	SIM	NÃO
40.	Gosta de se misturar com as pessoas?.....	SIM	NÃO
41.	Preocupa-se se sabe que existem erros no seu trabalho?.....	SIM	NÃO
42.	Lava sempre as mãos antes das refeições?.....	SIM	NÃO
43.	Tem quase sempre “resposta pronta” quando as pessoas falam consigo?.....	SIM	NÃO
44.	Sente-se frequentemente abatido(a) e cansado(a) sem razão?.....	SIM	NÃO
45.	Já alguma vez fez batota num jogo?.....	SIM	NÃO
46.	A sua mãe é (era) uma boa pessoa?.....	SIM	NÃO
47.	Acha, frequentemente, que a vida é uma coisa aborrecida?.....	SIM	NÃO
48.	Já alguma vez se aproveitou de alguém?.....	SIM	NÃO
49.	Existem muitas pessoas que tentam evitá-lo(a)?.....	SIM	NÃO

- | | | | |
|-----|--|------------|------------|
| 50. | Fugiria aos impostos se tivesse a certeza que não seria descoberto(a)?..... | SIM | NÃO |
| 51. | É capaz de animar uma festa?..... | SIM | NÃO |
| 52. | Tenta não ser mal-educado(a) com as pessoas?..... | SIM | NÃO |
| 53. | Fica preocupado(a) durante muito tempo depois de uma situação embaraçosa?..... | SIM | NÃO |
| 54. | Já alguma vez insistiu em impor (aos outros) a sua opinião?..... | SIM | NÃO |
| 55. | Sofre dos nervos?..... | SIM | NÃO |
| 56. | As suas amizades acabam-se facilmente sem que seja sua culpa?.. | SIM | NÃO |
| 57. | Sente-se frequentemente sozinho(a)?..... | SIM | NÃO |
| 58. | Faz sempre o que diz?..... | SIM | NÃO |
| 59. | Gosta às vezes de fazer mal aos animais?..... | SIM | NÃO |
| 60. | Sente-se facilmente magoado(a) quando as pessoas apontam falhas em si ou no seu trabalho?..... | SIM | NÃO |
| 61. | Já alguma vez chegou tarde a um compromisso ou ao seu trabalho?..... | SIM | NÃO |
| 62. | Gosta de muita excitação e animação à sua volta?..... | SIM | NÃO |
| 63. | Gostaria que as outras pessoas tivessem medo de si?..... | SIM | NÃO |
| 64. | Acontece-lhe por muitas vezes sentir-se cheio(a) de energia e outras vezes muito abatido(a)?..... | SIM | NÃO |
| 65. | Deixa algumas vezes para amanhã o que deveria fazer hoje?..... | SIM | NÃO |
| 66. | As pessoas pensam que você é animado(a)?..... | SIM | NÃO |
| 67. | Está sempre disposto(a) a admitir os erros ou faltas que comete?.... | SIM | NÃO |
| 68. | Ficaria com muita pena de um animal que caísse numa armadilha?. | SIM | NÃO |
| 69. | É capaz de compreender facilmente como as pessoas se sentem quando elas lhe contam os seus problemas?..... | SIM | NÃO |
| 70. | Preocupa-se com o futuro?..... | SIM | NÃO |
| 71. | Emprestaria dinheiro a um amigo que estivesse com problemas financeiros?..... | SIM | NÃO |
| 72. | Já alguma vez disse, deliberadamente, alguma coisa para magoar outra pessoa?..... | SIM | NÃO |
| 73. | É sempre amável, mesmo com pessoas desagradáveis?..... | SIM | NÃO |

POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS

Anexo 6 - Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI**L.R. Derogatis; 1993 - Brief Symptom Inventory; Versão: MC. Canavarro; 1995**

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter medo súbito sem razão para isso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal estar do estômago.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
25. Dificuldade em adormecer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dificuldade em tomar decisões.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (formigueiro) no corpo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em parte do corpo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 7- Índice Internacional de Função Erétil - IIFE

(Rosen et al.,1997; Nobre, P., 2003)

Antes de responder às perguntas veja o significado dos termos utilizados:

Relação sexual: penetração vaginal.

Actividade sexual: inclui relação sexual, carícias, jogos amorosos e masturbação.

Ejaculação: ejeção de esperma pelo pénis (ou a sensação desta ejeção)

Estimulação sexual: inclui situações como brincadeiras amorosas com a parceira, visualizar fotografias e vídeos eróticos, etc.

Desejo sexual: São sensações que incluem desde a vontade de ter uma experiência sexual (masturbação ou relação), pensamento sobre sexo ou sentimento de frustração devido à falta de actividade sexual.

Coloque uma na resposta que mais se adequa à sua situação tendo em conta as **últimas 4 semanas**

1. Com que frequência foi capaz de conseguir uma erecção durante a sua actividade sexual?

<input type="checkbox"/>	Não tive actividade sexual	0
<input type="checkbox"/>	Quase nunca/ nunca	1
<input type="checkbox"/>	Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)	2
<input type="checkbox"/>	Algumas vezes (cerca de metade das vezes)	3
<input type="checkbox"/>	A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)	4
<input type="checkbox"/>	Quase sempre/sempre	5

2. Quando teve erecções com estimulação sexual, qual a frequência em que estas erecções foram suficientemente rígidas para permitir a penetração?

<input type="checkbox"/>	Não tive relações sexuais	0
<input type="checkbox"/>	Quase nunca/ nunca	1
<input type="checkbox"/>	Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)	2
<input type="checkbox"/>	Algumas vezes (cerca de metade das vezes)	3
<input type="checkbox"/>	A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)	4
<input type="checkbox"/>	Quase sempre/sempre	5

3. Quando tentou ter relações sexuais, quantas vezes foi capaz de penetrar a sua companheira?

	Não tentei ter relações sexuais	0
	Quase nunca/ nunca	1
	Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)	2
	Algumas vezes (cerca de metade das vezes)	3
	A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)	4
	Quase sempre/sempre	5

4. Durante as relações sexuais, quantas vezes foi capaz de conseguir manter a sua erecção depois de ter penetrado a sua companheira?

	Não tive relações sexuais	0
	Quase nunca/ nunca	1
	Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)	2
	Algumas vezes (cerca de metade das vezes)	3
	A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)	4
	Quase sempre/sempre	5

5. Durante as relações sexuais, qual a dificuldade que teve para manter a sua erecção até ao fim da relação sexual?

	Não tive relações sexuais	0
	Extrema dificuldade	1
	Muita dificuldade	2
	Dificuldade moderada	3
	Ligeira dificuldade	4
	Nenhuma dificuldade	5

6. Quantas vezes tentou ter relações sexuais?

	Não tentei	0
	Uma a duas tentativas	1

	Três a quatro tentativas	2
	Cinco a seis tentativas	3
	Sete a dez tentativas	4
	Onze ou mais tentativas	5

7. Quando tentou ter relações sexuais, qual a frequência com que se sentiu satisfeito?

	Não tentei ter relações sexuais	0
	Quase nunca/ nunca	1
	Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)	2
	Algumas vezes (cerca de metade das vezes)	3
	A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)	4
	Quase sempre/sempre	5

8. Qual o grau de satisfação que teve com as suas relações sexuais?

	Não tive relações sexuais	0
	Nenhuma satisfação	1
	Pouca satisfação	2
	Satisfação moderada	3
	Grande satisfação	4
	Muito grande satisfação	5

9. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência ejaculou?

	Não tive estimulação/ relações sexuais	0
	Quase nunca/ nunca	1
	Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)	2
	Algumas vezes (cerca de metade das vezes)	3
	A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)	4
	Quase sempre/sempre	5

10. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência teve a sensação de orgasmo ou clímax?

<input type="checkbox"/>	Não tive estimulação/ relações sexuais	0
<input type="checkbox"/>	Quase nunca/ nunca	1
<input type="checkbox"/>	Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)	2
<input type="checkbox"/>	Algumas vezes (cerca de metade das vezes)	3
<input type="checkbox"/>	A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)	4
<input type="checkbox"/>	Quase sempre/sempre	5

11. Com que frequência sentiu desejo sexual?

<input type="checkbox"/>	Quase nunca/ nunca	1
<input type="checkbox"/>	Poucas vezes	2
<input type="checkbox"/>	Algumas vezes	3
<input type="checkbox"/>	A maior parte das vezes	4
<input type="checkbox"/>	Quase sempre/sempre	5

12. Como classificaria o seu desejo sexual?

<input type="checkbox"/>	Muito baixo/nenhum	1
<input type="checkbox"/>	Baixo	2
<input type="checkbox"/>	Moderado	3
<input type="checkbox"/>	Elevado	4
<input type="checkbox"/>	Muito Elevado	5

13. Qual a sua satisfação com a sua vida sexual em geral?

<input type="checkbox"/>	Grande insatisfação	1
<input type="checkbox"/>	Insatisfação moderada	2
<input type="checkbox"/>	Igualmente satisfeito e insatisfeito	3
<input type="checkbox"/>	Satisfação moderada	4
<input type="checkbox"/>	Grande satisfação	5

14. Qual a sua satisfação com o relacionamento sexual com a sua parceira?

<input type="checkbox"/>	Grande insatisfação	1
--------------------------	---------------------	---

<input type="checkbox"/>	Insatisfação moderada	2
<input type="checkbox"/>	Igualmente satisfeito e insatisfeito	3
<input type="checkbox"/>	Satisfação moderada	4
<input type="checkbox"/>	Grande satisfação	5

15. Qual a confiança que tem em conseguir atingir e manter uma erecção?

<input type="checkbox"/>	Muito baixa	1
<input type="checkbox"/>	Baixa	2
<input type="checkbox"/>	Moderada	3
<input type="checkbox"/>	Elevada	4
<input type="checkbox"/>	Muito Elevada	5

MUITO OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

