



VERTEBRAL TRAUMA AND SEXUALITY **-a survey research**

Marta Alexandra Pinto Moreira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado integrado)

Orientador: Dr. Mário Pereira Lourenço
Coorientador: Dr. João Ricardo Gomes Pereira

fevereiro de 2025

Declaração de Integridade

Eu, Marta Alexandra Pinto Moreira, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 44011 de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 28 /02 /2025

Marta Alexandra Pinto Moreira

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Dedicatória

Para a minha mãe,
porque esta é mais uma das nossas conquistas.

Agradecimentos

Ao Dr. Mário Lourenço, pela orientação exemplar, pela paciência, disponibilidade e por acreditar neste projeto tanto quanto eu. Obrigada por todo o conhecimento transmitido e pelo apoio constante.

Ao Dr. João Pereira, pelo interesse demonstrado neste estudo, pela receptividade e pela dedicação na organização dos doentes a entrevistar, permitindo que esta investigação fosse concretizada em tempo útil. À Dra. Liliana Silva, psicóloga clínica, que colaborou na realização do questionário e autorizou a sua utilização.

À minha mãe, a mulher com mais força que conheço, a minha base, o meu porto de abrigo, a pessoa que me ensinou o verdadeiro significado de amar. Obrigada por cada palavra de incentivo, por me guiares sempre com tanta força e carinho e por fazeres de mim quem sou hoje. Todas as minhas vitórias são tuas.

À minha avó Lúcia e madrinha, que são parte de mim, por me ajudarem a conquistar este sonho e pelo apoio incansável durante todo o curso. Levo-vos sempre comigo para todo o lado com muito amor. Ao Vicente por me ter tratado sempre com o amor de uma filha e por nunca me falhar.

Ao resto da minha família, em especial ao meu pai, avô e avó Fernanda por celebrarem cada vitória minha.

À Carolina, por ser o meu braço direito nesta aventura, por nunca desistir de mim, por amparar todas as minhas lágrimas e dias difíceis e principalmente, por fazer de mim uma melhor pessoa. Sou eternamente grata por ti. Que a nossa viagem nunca termine.

À Sara e Samuel, os melhores amigos e irmãos que a vida me deu. Obrigado por me apoiarem e por tudo aquilo fizeram por mim. Serão sempre os meus pilares na vida.

À Leo, Bruna, Carol, Aleixo, Maria Luís, Freitas e Pernet, por serem os meus exemplos ao longo deste percurso e por me terem dado a mão sempre que precisei. Obrigado por me ensinarem a lutar por aquilo que verdadeiramente importa.

À Lima, pelas longas conversas, por me arrancar sempre uma gargalhada e por fazer da nossa casa mais especial. À Caldeira, por ser a minha companhia de todos os dias.

À Matilde, a minha pessoa, a minha primeira amiga na Covilhã e uma fonte de inspiração pura. Obrigado por seres sempre um ombro amigo.

À Inês, Diana e Catarina por celebrarem todas as minhas vitórias e por fazerem de mim mais feliz. Nunca irá faltar um bom jantar e uma boa caneca de chá para os nossos desabafos. Em especial, agradeço à Inês pela paciência que teve para responder a todas as minhas dúvidas e por me auxiliar nesta dissertação.

Aos meus padrinhos, afilhados, às minhas amigas da C'a Tuna aos Saltos, em especial as que estiveram lá desde o primeiro dia. A todos aqueles que cruzaram o meu caminho na Covilhã, obrigada por tornarem este lugar tão especial.

Covilhã levo-te para sempre, com muito carinho, no meu coração.

Resumo

Introdução: A Lesão Vertebro-Medular (LVM) refere-se a danos na medula espinhal que podem resultar na perda, temporária ou permanente, das funções motoras, sensoriais e autonómicas, afetando significativamente a qualidade de vida. A saúde sexual é uma das dimensões afetada pela LVM, não só pelo dano medular, como também pelos fatores individuais que podem influenciar a perceção da atividade sexual como satisfatória e gratificante. Para além das implicações individuais, a lesão provoca um forte impacto na dinâmica relacional e conjugal, exigindo adaptações na relação.

Objetivos: O presente estudo pretende analisar e compreender as perceções e experiências dos doentes com LVM sobre a sua sexualidade, abordando aspetos físicos e psicológicos, bem como a dinâmica conjugal antes e após a lesão. Pretende-se ainda identificar lacunas na abordagem clínica da saúde sexual em doentes com LVM.

Materiais e métodos: Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, realizado no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais. A amostra incluiu 23 indivíduos do sexo masculino com idade ≥ 18 anos, com diagnóstico médico de LVM, atividade sexual prévia ao trauma e internamento ou acompanhamento no CMRRC-RP. A recolha de dados foi feita através de um questionário estruturado, desenvolvido em colaboração com o orientador, que inclui dados sociodemográficos, informações clínicas e questões sobre sexualidade e relação conjugal. A análise estatística foi realizada no SPSS, utilizando testes de Qui-Quadrado, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, com significância estatística para $p < 0.05$.

Resultados: A amostra foi composta exclusivamente por homens, com uma mediana de idade de 48 anos. Antes da lesão, todos estavam empregados, mas após a LVM, 60.9% ficaram inativos. A maioria dos participantes apresentava lesões acima de T11 (82.6%), sendo que 69.6% reportaram sensibilidade genital preservada. A mediana do Quociente Sexual Masculino (QSM) foi de 20, indicando elevados níveis de insatisfação sexual, com 30.4% dos participantes classificados como muito insatisfeitos. O controlo ejaculatório foi afetado (mediana =1), indicando elevada prevalência de ejaculação prematura. Apenas 47.8% tinham falado com um profissional de saúde, sendo que estes apresentaram QSM significativamente mais elevados ($p=0.014$). Participantes com lesão há mais de um ano apresentaram maior QSM ($p=0.027$) e satisfação com a vida ($p=0.002$), sugerindo que o tempo desde a lesão pode influenciar a adaptação sexual. Além disso, 45.5% dos indivíduos com menos de 45 anos demonstraram preocupação

com a fertilidade ($p=0.014$). A relação conjugal sofreu alterações, com redução na concordância de demonstrações de afeto e redução da frequência de discussões calmas.

Conclusão: Este estudo permitiu compreender o impacto significativo da LVM na sexualidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados através da análise de diversas dimensões, demonstrando que esta é complexa e influenciada por múltiplas variáveis, incluindo fatores médicos, psicológicos e sociais. Os resultados sublinham a importância de uma abordagem abrangente e individualizada no processo de reabilitação, bem como a relevância de aspetos frequentemente negligenciados, como a fertilidade e as dinâmicas conjugais. Novos estudos com amostras mais amplas são necessários para aprofundar esta temática.

Palavras-chave

Trauma vertebro-medular; Lesão da medula espinal; Sexualidade; Saúde Sexual

Abstract

Introduction: Spinal Cord Injury (SCI) refers to damage to the spinal cord that can result in temporary or permanent loss of motor, sensory and autonomic functions, significantly affecting quality of life. Sexual health is one of the dimensions affected by SCI, not only due to the spinal cord damage, but also because of the individual factors that can influence the perception of sexual activity as satisfying and rewarding. In addition to the individual implications, the injury has a strong impact on relational and marital dynamics, requiring adaptations in the relationship.

Objectives: This study aims to analyze and understand the perceptions and experiences of patients with SCI regarding their sexuality, and addressing physical and psychological aspects as well as relationship dynamics before and after the injury. It also aims to identify gaps in the clinical approach to sexual health in individuals with SCI.

Materials and Methods: This was an observational, cross-sectional and descriptive study carried out at the Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais. The sample included 23 males aged 18 or older, with a medical diagnosis of SCI, previous sexual activity before the trauma, and either hospitalization or follow-up at the center. Data was collected using a structured questionnaire and developed in collaboration with the counsellor, which included sociodemographic data, clinical information and questions related to sexuality and relationships. Statistical analysis was carried out in SPSS, using Chi-Squared, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests, with statistical significance for $p < 0.05$.

Results: The sample was made up exclusively of men, with a median age of 48. Before the injury, all were employed, but after SCI, 60.9% became inactive. Most participants had lesions above T11 (82.6%), and 69.6% reported preserved genital sensitivity. The median Male Sexual Quotient (QSM) was 20, indicating high levels of sexual dissatisfaction, with 30.4% of participants classified as very dissatisfied. Ejaculatory control was affected (median = 1), indicating a high prevalence of premature ejaculation. Only 47.8% had spoken to a healthcare professional about their sexual function, and those who did had significantly higher QSM ($p=0.014$). Participants who had been involved for more than a year had higher QSM ($p=0.027$) and satisfaction with life ($p=0.002$), suggesting that the time since the injury may influence sexual adaptation. In addition, 45.5% of individuals under 45 showed concerns about fertility ($p=0.014$).

Marital relationships were affected, with a reduction in the agreement on displays of affection and a decrease in the frequency of calm discussions.

Conclusions: This study made it possible to understand the significant impact of SCI on the sexuality and quality of life of affected individuals by analyzing various dimensions, demonstrating that sexuality is complex and influenced by multiple variables, including medical, psychological and social factors. The results underline the importance of a comprehensive and individualized approach in the rehabilitation process, as well as the relevance of often overlooked aspects such as fertility and marital dynamics. Further studies with larger samples are needed to explore this topic in greater depth.

Keywords

Vertebral medullar trauma; Spinal cord injury; Sexuality; Sexual Health

Índice

Dedicatória	v
Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Palavras-chave	x
Keywords	xii
Lista de Tabelas	xv
Lista de Acrónimos	xvii
1. Introdução	1
2. Materiais e métodos	3
2.1. Tipo de estudo	3
2.2. Procedimentos	3
2.3. Amostra e Métodos de Recolha de Dados	3
2.4. Questionário	4
2.5. Análise Estatística	5
3. Resultados	7
3.1. Caraterização sociodemográfica e clínica da amostra	7
3.2. Dados gerais sobre a sexualidade	10
3.3. Dados gerais sobre a sexualidade do próprio	12
3.4. Quociente Sexual Masculino	12
3.5. Comparação da perceção da relação antes e depois da lesão	14
3.6. Comparações por estado civil	16
3.7. Comparações por atividade profissional	17
3.8. Comparações por duração da lesão	17
3.9. Comparações por idade do doente à data da lesão	19
3.10. Comparações por condição após a lesão	20
3.11. Comparações entre participantes que já conversaram com profissionais de saúde	21

4.	Discussão	23
4.1.	Limitações	28
	Conclusão	29
	Referências Bibliográficas	31
	Apêndices	35
	Apêndice 1	35
	Anexos	37
	Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética	37
	Anexo 2 – Consentimento Informado e Questionário	38

Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínicos da população em estudo

Tabela 2. Dados gerais sobre a sexualidade

Tabela 3. Dados sobre a sexualidade do próprio

Tabela 4. Dados sobre o Quociente Sexual Masculino

Tabela 5. Dados sobre a pontuação do Quociente Sexual Masculino

Tabela 6. Comparação da percepção da relação antes e depois da lesão

Tabela 7. Comparações por estado civil

Tabela 8. Comparações por atividade profissional

Tabela 9. Comparações por duração da lesão

Tabela 10. Comparações por idade do doente à data da lesão

Tabela 11. Comparações por condição após a lesão

Tabela 12. Comparações entre participantes que já conversaram com profissionais de saúde

Lista de Acrónimos

LVM	Lesão Vertebro-Medular
OMS	Organização Mundial da Saúde
CMRRC-RP	Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais
QSM	Quociente Sexual Masculino
SPSS	<i>Software Package for Social Sciences</i>
Med	Mediana
N	Frequência
<i>p</i>	<i>p-value</i>

1. Introdução

A Lesão Vertebro-Medular (LVM) refere-se a danos na medula espinhal, podendo ter origem em causas traumáticas ou não traumáticas (1). Estes danos medulares podem resultar na perda, temporária ou permanente, das funções motoras, sensoriais e autonómicas. As manifestações clínicas resultantes da LVM são determinadas pela localização, gravidade e tipo de lesão e podem influenciar diversos desfechos funcionais e de reabilitação (2).

De uma forma geral, a LVM apresenta uma incidência de 10 a 83 novos casos por milhão de habitantes por ano, dependendo da região geográfica, afetando predominantemente homens (70% a 80%), especialmente em idades jovens, devido à maior exposição a situações de risco (3). A idade média dos afetados situa-se entre os 30-40 anos, embora se observe um segundo pico de incidência aos 60 anos, relacionado com quedas acidentais (4).

Em Portugal, a epidemiologia da LVM segue padrões semelhantes. A incidência anual é de aproximadamente 57,8 novos casos por milhão de habitantes, com uma predominância masculina (77%). As principais causas são acidentes de viação (57,3%) e quedas (37,4%) e os picos de incidência ocorrem entre os 15-24 anos e os 55-74 anos (5).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define sexualidade como um aspeto central do ser humano, essencial para o bem-estar emocional, físico e social. Trata-se de uma dimensão complexa e dinâmica que engloba múltiplos aspetos fundamentais para o desenvolvimento humano ao longo da vida, sendo influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. A saúde sexual, por sua vez, é reconhecida como um direito fundamental, traduzido num estado contínuo de bem-estar físico, mental e sociocultural em relação à sexualidade, e não meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade (4,6).

A LVM é um evento disruptivo que altera drasticamente a vida dos indivíduos e dos seus parceiros, exercendo um impacto significativo na qualidade de vida. A saúde sexual é afetada tanto direta quanto indiretamente, não apenas pelo dano medular associado à LVM, como também pelos fatores individuais que podem influenciar a perceção da atividade sexual como satisfatória e gratificante (2). Estudos indicam que, nos homens, os problemas mais comuns incluem disfunção erétil, dificuldades ejaculatórias, atraso

no orgasmo e infertilidade, enquanto nas mulheres predominam questões como a diminuição da lubrificação vaginal e a satisfação sexual reduzida (7,8). No entanto, os desafios não se limitam apenas ao próprio indivíduo com LVM. Existem também repercussões significativas na dinâmica relacional e conjugal entre estes e os seus parceiros, uma vez que a LVM pode provocar sentimentos de inadequação, alterações na percepção da intimidade e desafios emocionais, exigindo adaptações na relação (9,10).

O objetivo deste estudo, realizado no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais (CMRRC-RP), é analisar e compreender as percepções e experiências dos doentes com LVM sobre a sua sexualidade, abordando aspetos físicos e psicológicos, bem como a dinâmica conjugal antes e após a lesão.

Pretende-se avaliar de que forma determinados fatores sociodemográficos e clínicos podem influenciar a percepção da sexualidade e o bem-estar emocional dos indivíduos afetados. Paralelamente, será ainda analisado o impacto de várias dimensões psicossociais, como a autoestima, satisfação com a vida, interação social e o papel dos parceiros no processo de adaptação à nova realidade após a lesão. O estudo pretende ainda avaliar a relação entre a procura de aconselhamento profissional após a lesão e os indicadores de satisfação sexual e qualidade de vida dos participantes, de forma a identificar eventuais lacunas na abordagem clínica destes indivíduos.

Com este estudo, procura-se contribuir para uma melhor compreensão das necessidades e dificuldades enfrentadas por estes indivíduos, fornecendo *insights* que possam apoiar a implementação de estratégias mais eficazes no âmbito da reabilitação sexual e na promoção da qualidade de vida após a LVM.

2. Materiais e métodos

2.1. Tipo de estudo

Este estudo é de natureza observacional, transversal e descritiva.

2.2. Procedimentos

Antes de dar início à recolha de dados, realizou-se uma pesquisa bibliográfica na base de dados *PubMed*®, utilizando as palavras-chave que integram este estudo, em diversas associações, quer em português, quer em inglês. Não foram impostas restrições quanto à escolha da linguagem oficial dos artigos. Esta revisão bibliográfica constitui o alicerce para a discussão dos resultados obtidos ao longo do estudo.

Para dar início à recolha de dados, procedeu-se à submissão do pedido de autorização à Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior, o qual obteve parecer favorável a 17 de setembro de 2024 (Anexo 1). Posteriormente, estabeleceu-se contacto com o oficial com o CMRRC-RP de forma a formalizar o pedido de realização do estudo nas instalações e obter a devida autorização.

2.3. Amostra e Métodos de Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada no CMRRC-RP entre dezembro de 2024 e janeiro de 2025. O método de recolha de dados foi através da aplicação direta de um questionário (Anexo 2) estruturado, presencialmente, em ambiente supervisionado.

Os critérios de inclusão no estudo foram os seguintes:

- Idade \geq 18 anos, sexo masculino;
- Com atividade sexual previamente ao trauma sexual;
- Diagnóstico de trauma vertebral confirmado medicamente;
- Doentes internados ou seguidos em consulta externa no CMRRC- RP.

O recrutamento dos participantes foi realizado através dos médicos assistentes que identificaram os indivíduos que cumpriam os critérios definidos.

Os questionários foram preenchidos pela investigadora principal, na presença dos participantes e sob supervisão do médico assistente, garantindo-se a confidencialidade e o respeito pela autonomia dos participantes. Foi ainda garantido o anonimato dos dados recolhidos através de pseudonimização, e todos os participantes assinaram uma Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido antes do preenchimento do questionário (Anexo 2).

2.4. Questionário

O questionário utilizado foi elaborado em colaboração com orientador da tese, Dr. Mário Lourenço, e não se encontra validado. O questionário está dividido em quatro partes e aborda várias dimensões relacionadas com a sexualidade.

A primeira parte do questionário incluiu dados sociodemográficos e informações clínicas da lesão do participante.

A segunda parte avaliou a perceção subjetiva dos indivíduos com LVM sobre a sua vida sexual e relacional após a lesão. As questões 1 a 5 exploram a reflexão prévia sobre sexualidade, comunicação com profissionais de saúde, importância atribuída à recuperação sexual, preocupação com a fertilidade e estabilidade da relação afetiva combinando escalas numéricas e dicotómicas. Já as questões seguintes, 6 a 10, avaliam aspetos como satisfação geral com a vida, sexualidade, interação social, atração física e frequência de contactos íntimos através de uma escala qualitativa (Ausente, Baixo, Médio, Bom, Não Respondo). As duas últimas perguntas, 11 a 12, avaliam a existência de fantasias sexuais e sonhos eróticos.

A terceira parte do questionário avaliou a presença de ereções matinais e noturnas e a capacidade de obter uma ereção espontânea através de uma escala dicotómica. Ainda nesta secção, foi avaliado o Quociente Sexual Masculino (QSM), desenvolvido por *Abdo*, 2007 (11). O QSM é um instrumento que avalia a função sexual masculina global, incluindo o desejo sexual, confiança na capacidade de sedução, satisfação com os preliminares, capacidade erétil, controlo ejaculatório e capacidade para atingir o orgasmo. Este questionário inclui 10 questões pontuadas numa escala de 0 a 5, representando a frequência ou satisfação crescente das situações avaliadas, sendo 0 “nunca” e 5 “sempre”. A soma dos valores individuais das questões é multiplicada por 2, resultando numa pontuação total que varia entre 0 e 100. Esta pontuação total permitiu classificar a satisfação sexual global dos participantes nas seguintes categorias: muito

insatisfeito (0-20 pontos), insatisfeito (22-40 pontos), preocupado com a melhoria (42-60 pontos), parcialmente satisfeito (62-80 pontos) e muito satisfeito (82-100 pontos).

Finalmente, a ultima parte deste questionário é dedicada à dinâmica conjugal e relacional dos participantes antes e após a lesão. Deste modo, aborda questões sobre a concordância do casal relativamente a diversos aspetos, como demonstrações de afeto, decisões conjuntas, relações sexuais, frequência de discussões e partilha de interesses, utilizando escalas numéricas para medir a percepção da mudança após a lesão.

2.5. Análise Estatística

Os dados foram analisados com o programa SPSS, versão 29.0 (*IBM Corp., 2023*). As estatísticas descritivas foram apresentadas como frequências (N) e percentagens (%) para as variáveis categóricas, e medianas (Med) e quartis (Q1-Q3) para as variáveis contínuas. As associações entre variáveis categóricas foram efetuadas com o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, de acordo com as regras de Cochran. As associações das variáveis contínuas ou ordinais foram efetuadas com testes de Mann-Whitney ou testes de Kruskal-Wallis, para grupos de duas ou mais de duas categorias. As comparações emparelhadas foram avaliadas com o teste Wicoxon. A consistência interna do Quociente Sexual Masculino (QSM) foi avaliada pelo alfa de Cronbach. Considerou-se significância estatística para $p < 0.05$ e foram interpretados valores p inferiores a 10%.

3. Resultados

3.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

A amostra foi composta exclusivamente por indivíduos do sexo masculino, com uma mediana de idade de 48.0 anos, com um mínimo de 27 e um máximo de 76 anos (Tabela 1). A idade à data da lesão foi inferior a 45 anos em 47.8% dos participantes e igual ou superior a 45 anos em 52.2%. Todos os indivíduos se identificaram como heterossexuais. A maioria dos participantes tinha filhos (69.6%) e encontrava-se numa relação conjugal (52.2%). No que respeita ao nível de escolaridade, a maioria (60.9%) possuía apenas o ensino básico, sendo que os restantes se dividiam entre o ensino secundário (21.7%) e o ensino superior (17.4%). Antes da lesão, todos os participantes estavam empregados; contudo, após a lesão, 60.9% encontravam-se inativos.

Relativamente à situação habitacional, 13.0% residiam sozinhos, 30.4% com a companheira, 21.7% com a companheira e filhos, 21.7% com os pais, 4.3% com os pais e filhos, 4.3% apenas com os filhos e 4.3% com amigos. No que se refere à religião, 52.2% identificaram-se como crentes praticantes, 30.4% como crentes não praticantes e 17.4% declararam-se não crentes.

Os acidentes de viação representaram a principal causa da lesão (39.1%), seguidos de quedas (17.4%) e mergulhos (13.0%). Outras etiologias incluíram: acidente de trabalho (4.3%), esmagamento (4.3%), hérnia discal (4.3%), infeção medular (4.3%), remoção de tumor (4.3%) e siringomielia (4.3%). No que concerne à patologia vertebral, 39.1% dos participantes apresentavam tetraplegia, 34.8% paraplegia, 8.7% luxação medular, 4.3% siringomielia, 4.3% síndrome da cauda equina, 4.3% tetraparesia e 4.3% desconheciam o diagnóstico. O nível da lesão situava-se acima de T11 em 82.6% dos casos, entre T11 e L1 em 4.3% e abaixo de L1 em 8.7%, sendo desconhecido em 4.3% dos casos. A secção da lesão foi classificada como incompleta em 66.7% dos participantes e completa em 19.0%, sendo desconhecida em 14.3%.

A duração da lesão foi inferior a um ano em 47.8% dos casos e igual ou superior a um ano em 52.2%. No que diz respeito à funcionalidade, 34.8% dos participantes estavam algaliados, 39.1% não conseguiam deslocar-se sem auxílio e 30.4% não apresentavam sensibilidade a nível genital. Relativamente à presença de diagnósticos prévios à lesão de ansiedade, depressão ou disfunção sexual, a maioria (95.7%) não reportou qualquer diagnóstico anterior, tendo sido identificada ansiedade em 4.3% dos

casos. No momento da avaliação, 52.2% não apresentavam qualquer diagnóstico destas condições, 21.7% referiam disfunção sexual e 26.1% ansiedade ou depressão.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínicos da população em estudo

	N	%
Género		
Masculino	23	100.0%
Idade		
	Med : 48.0	
	Min-Máx: 27-76	
Idade à data da lesão		
< 45 anos	11	47.8%
≥ 45 anos	12	52.2%
Orientação sexual		
Heterossexual	23	100.0%
Filhos		
Sem filhos	7	30.4%
Com filhos	16	69.6%
Estado civil		
Sem companheira	11	47.8%
Com companheira	12	52.2%
Habilitações		
Ensino básico	14	60.9%
Ensino secundário	5	21.7%
Ensino superior	4	17.4%
Situação profissional antes da lesão		
Empregado	23	100.0%
Situação profissional depois da lesão		
Não ativo	14	60.9%
Ativo	9	39.1%
Com quem habita		
Sozinho	3	13.0%
Companheira	7	30.4%
Companheira e filhos	5	21.7%
Pais	5	21.7%
Pais e filhos	1	4.3%
Filhos	1	4.3%
Amigos	1	4.3%
Religião		
Não crente	4	17.4%
Crente praticante	12	52.2%
Crente não praticante	7	30.4%
Motivo do traumatismo		
Acidente de viação	9	39.1%
Queda	4	17.4%

Vertebral trauma and sexuality -a survey research

	N	%
Mergulho	3	13.0%
Acidente de Trabalho	1	4.3%
Esmagamento	1	4.3%
Hérnia Discal	1	4.3%
Infeção medular	1	4.3%
Remoção de tumor	1	4.3%
Siringomielia	1	4.3%
Patologia vertebral		
Tetraplegia	9	39.1%
Paraplegia	8	34.8%
Luxação medular	2	8.7%
Siringomielia	1	4.3%
Síndrome da cauda equina	1	4.3%
Tetraparesia	1	4.3%
Desconhecido	1	4.3%
Nível da lesão		
Abaixo de L1	2	8.7%
Entre T11-L1	1	4.3%
Acima de T11	19	82.6%
Desconhecido	1	4.3%
Secção		
Incompleta	14	66.7%
Completa	4	19.0%
Desconhecido	3	14.3%
Duração da lesão		
< 1 ano	11	47.8%
≥ 1 ano	12	52.2%
Está algaliado		
Não	15	65.2%
Sim	8	34.8%
Consegue mover-se sem auxílio?		
Não	9	39.1%
Sim	14	60.9%
Tem sensibilidade a nível genital?		
Não	7	30.4%
Sim	16	69.6%
Diagnóstico Passado (Ansiedade/Depressão/Disfunção Sexual)		
Nenhum	22	95.7%
Ansiedade	1	4.3%
Diagnóstico Atual (Ansiedade/Depressão/Disfunção Sexual)		
Nenhum	12	52.2%
Disfunção sexual	5	21.7%
Ansiedade ou depressão	6	26.1%

Resultados apresentados no formato frequência (N) e percentagem (%) para as variáveis categóricas, e mediana e quartis (Q1 – Q3) para as variáveis contínuas ou ordinais. Min-Máx=Valor Mínimo – Valor Máximo.

3.2. Dados gerais sobre a sexualidade

Na Tabela 2 são apresentados os dados gerais sobre a sexualidade da população em estudo. A maioria dos participantes (60.9%) já tinha refletido sobre a sua recuperação sexual, sendo que os restantes (39.1%) nunca haviam considerado essa questão. No que respeita à procura de informação profissional, 47.8% tinham discutido a sua função sexual com um profissional de saúde, enquanto 52.2% nunca o tinha feito. A importância atribuída à recuperação sexual, numa escala de 0 a 5, apresentou uma mediana de 4.0 (Q1-Q3: 2.0-5.0).

A fertilidade foi um tema menos frequentemente considerado, com 78.3% dos participantes a referirem nunca ter pensado sobre esta questão. No momento da avaliação, 60.9% estavam numa relação afetiva, com uma duração mediana de 25 anos (Q1-Q3: 15.5-36.8). Destas, 57.2% relataram interação sexual na relação, enquanto 42.8% não tinha interação sexual. Entre aqueles que não se encontravam numa relação afetiva (39,1%), a maioria (77,8%) já tinha tido uma relação amorosa com interação sexual, sendo que 83.3% indicaram que a duração da mesma era variável e 16,7% indicou uma duração de cerca de 10 minutos.

O grau de satisfação com a vida em geral apresentou uma mediana de 3.0 (Q1-Q3: 2.0-3.0), enquanto a satisfação com a sexualidade foi inferior, com uma mediana de 2.0 (Q1-Q3: 0.0-3.0). A satisfação com a interação social registou valores mais elevados, com uma mediana de 3.0 (Q1-Q3: 3.0-3.0). A perceção da capacidade de suscitar atração física obteve uma mediana de 3.0 (Q1-Q3: 2.0-3.0), e a frequência de contactos afetivos e sexuais foi igualmente elevada, com uma mediana de 3.0 (Q1-Q3: 1.0-3.0).

No que respeita às fantasias sexuais, 43.5% dos participantes referiram tê-las, enquanto 56.5% indicaram não ter. A ocorrência de sonhos eróticos foi reportada por 47.8% dos participantes, sendo que 52.2% indicaram não experienciar este tipo de sonhos.

Vertebral trauma and sexuality -a survey research

Tabela 2. Dados gerais sobre a sexualidade

	Med (Q1-Q3)	N	%
Já tinha pensado sobre a sua recuperação sexual?			
Não		9	9 (39.1%)
Sim			14 (60.9%)
Já tinha falado com algum profissional sobre a sua função sexual?			
Não		14	12 (52.2%)
Sim		11	11 (47.8%)
De 0 a 5, que importância dá neste momento à recuperação sexual?	4.0 (2.0 - 5.0)		
Já pensou sobre a questão da fertilidade?			
Não		18	18 (78.3%)
Sim		5	5 (21.7%)
Está neste momento numa relação afetiva (amorosa)?			
Não		9	9 (39.1%)
Nunca tive uma relação amorosa com interação sexual		2	2 (22.2%)
Já tive uma relação amorosa com interação sexual		7	77.8%
Quanto tempo durou essa relação sexual?			
Cerca de 10 minutos		2	16.7%
Variável		5	83.3%
Sim		14	60.9%
Há quanto tempo? (anos)			25 (15.5% - 36.8)
A relação tem interação sexual?			
Não		6	42.8%
Sim		8	57.2%
Qual é o seu grau de satisfação quanto à vida em geral? (0: ausente – 3: bom)	3.0 (2.0 - 3.0)		
Qual é o seu grau de satisfação quanto à sua sexualidade? (0: ausente – 3: bom)	2.0 (0.0 - 3.0)		
Qual é o seu grau de satisfação quanto à sua interação social? (0: ausente – 3: boa)	3.0 (3.0 - 3.0)		
Como percebe a sua capacidade de suscitar atração física? (0: ausente – 3: bom)	3.0 (2.0 - 3.0)		
Como classifica a frequência de contactos de afeto (beijar, abraçar, acariciar), coito, sexo oral e masturbação? (0: ausente – 3: bom)	3.0 (1.0 - 3.0)		
Tem fantasias sexuais?			
Não		13	56.5%
Sim		10	43.5%

	Med (Q1-Q3)	N	%
Tem sonhos eróticos?			
Não		12	52.2%
Sim		11	47.8%

Resultados apresentados no formato frequência (N) e percentagem (%) para as variáveis categóricas e mediana (Med) e quartis (Q1 – Q3) para as variáveis contínuas ou ordinais.

3.3. Dados gerais sobre a sexualidade do próprio

Na Tabela 3 são apresentados os dados sobre a sexualidade do próprio. As ereções noturnas foram reportadas por 47.8% dos participantes, enquanto 52.2% indicaram não as experienciar. No que respeita às ereções matinais, 52.2% afirmaram tê-las, enquanto 47.8% indicaram a sua ausência. A capacidade de provocar uma ereção espontaneamente foi referida por 60.9% dos participantes, enquanto 39.1% relataram não conseguir.

Tabela 3. Dados sobre a sexualidade do próprio

	N	%
Tem ereções noturnas?		
Não	12	52.2%
Sim	11	47.8%
Tem ereções matinais?		
Não	11	47.8%
Sim	12	52.2%
Consegue provocar uma ereção espontaneamente?		
Não	9	39.1%
Sim	14	60.9%

Resultados apresentados no formato frequência (N) e percentagem (%) para as variáveis categóricas e Mediana e quartis (Q1 – Q3) para as variáveis contínuas ou ordinais.

3.4. Quociente Sexual Masculino

Na Tabela 4 são apresentados os dados sobre a escala do Quociente Sexual Masculino (QSM). A Tabela 4.1 (Apêndice 1) apresenta a frequência de respostas a cada uma das perguntas do QSM. O desejo sexual foi avaliado com uma mediana de 4.0 (Q1-Q3: 1.0-5.0), indicando que, para a maioria dos participantes, a vontade de iniciar relações sexuais estava presente a maioria das vezes. A confiança na capacidade de sedução registou uma mediana de 4.0 (Q1-Q3: 2.0-5.0). Os preliminares foram considerados satisfatórios, com uma mediana de 4.0 (Q1-Q3: 4.0-5.0). A performance

sexual foi influenciada pela satisfação da parceira, com uma mediana de 3.0 (Q1-Q3: 1.0-5.0).

A capacidade de manter uma ereção suficiente para uma atividade sexual satisfatória obteve uma mediana de 4.0 (Q1-Q3: 4.0-5.0), tal como a rigidez da ereção após estimulação sexual. A consistência na obtenção e manutenção da ereção foi avaliada com uma mediana de 4.0 (Q1-Q3: 2.0-5.0). O controlo da ejaculação apresentou uma mediana inferior, de 1.0 (Q1-Q3: 0.0-4.0), bem como a capacidade de atingir o orgasmo, com uma mediana de 1.0 (Q1-Q3: 0.0-5.0). A performance sexual encorajava a apreciar o sexo com mais frequência, com uma mediana de 4.0 (Q1-Q3: 1.0-5.0).

Tabela 4. Dados sobre o Quociente Sexual Masculino

Quociente sexual masculino (0: nunca; 5: sempre)	Med	Q1-Q3
Questões		
O seu desejo sexual é forte o suficiente para o encorajar a iniciar relações sexuais?	4.0	1.0 - 5.0
Sente-se confiante na sua capacidade de sedução?	4.0	2.0 - 5.0
Os preliminares são satisfatórios e agradáveis para si e para a sua parceira?	4.0	4.0 - 5.0
A sua performance sexual é afetada pela satisfação da sua parceira?	3.0	1.0 - 5.0
Consegue manter uma ereção suficiente para completar uma atividade sexual satisfatória?	4.0	4.0 - 5.0
Após estimulação sexual, a sua ereção é forte o suficiente para ter uma relação sexual satisfatória?	4.0	4.0 - 5.0
Consegue de forma consistente ter e manter uma ereção sempre que tem atividade sexual?	4.0	2.0 - 5.0
Consegue controlar a ejaculação de forma à atividade sexual durar o tempo que pretende?	1.0	0.0 - 4.0
Consegue atingir o orgasmo?	1.0	0.0 - 5.0
A sua performance sexual encoraja-o a apreciar o sexo mais frequentemente?	4.0	1.0 - 5.0

Resultados apresentados no formato mediana (Med) e quartis (Q1 – Q3) para as variáveis contínuas ou ordinais.

A mediana da pontuação total do quociente sexual masculino foi de 20.0 (Q1-Q3: 60.0-82.0). Entre os participantes, 30.4% classificaram-se como muito insatisfeitos com

a vida sexual, 13.0% como insatisfeitos, e 8.7% expressaram preocupação com a melhoria da vida sexual. Por outro lado, 21.7% referiram estar parcialmente satisfeitos e 26.1% muito satisfeitos com a sua vida sexual (Tabela 5).

Tabela 5. Dados sobre a pontuação do Quociente Sexual Masculino

Quociente Sexual Masculino – pontuação total (0 - 100), $\alpha=0.913$	N	%	Med (Q1-Q3)
Pontuações			
0-20: Muito insatisfeito com a vida sexual	7	30.4%	
22-40: Insatisfeito com a vida sexual	3	13.0%	20.0
42-60: Preocupado com a melhoria da vida sexual	2	8.7%	(60.0 - 82.0)
62-80: Parcialmente satisfeito com a vida sexual	5	21.7%	
82-100: Muito satisfeito com a vida sexual	6	26.1%	

Resultados apresentados no formato frequência (N) e percentagem (%) para as variáveis categóricas e mediana e quartis (Q1 – Q3) para as variáveis contínuas ou ordinais; α corresponde ao alfa de Cronbach calculado para as 10 questões avaliadas.

3.5. Comparação da percepção da relação antes e depois da lesão

Na Tabela 6 são apresentadas as comparações entre várias dimensões da relação antes e depois da lesão. Foram excluídos desta análise os participantes que não mantinham a mesma parceira antes e após lesão, bem como aqueles que não estavam num relacionamento antes da ocorrência da lesão. A concordância relativamente à religião manteve-se elevada, com uma mediana de 5.0 antes da lesão (Q1-Q3: 4.0-5.0) e 5.0 depois da lesão (Q1-Q3: 3.5-5.0), sem diferenças estatisticamente significativas ($Z=-1.00$, $p=0.317$, $r=0.25$). As demonstrações de afeto apresentaram uma tendência para redução após a lesão (antes: 4.5, Q1-Q3: 4.0-5.0; depois: 4.5, Q1-Q3: 3.0-5.0), com um efeito de tamanho médio e um p -value marginalmente significativo ($Z=-1.81$, $p=0.071$, $r=0.45$).

A concordância nas tomadas de grandes decisões manteve-se estável ($Z=-1.07$, $p=0.285$, $r=0.27$), tal como a concordância nas relações sexuais ($Z=-1.63$, $p=0.102$, $r=0.41$). Os costumes e as decisões de carreira também não registaram diferenças significativas após a lesão.

No que respeita à frequência de discussões sobre o fim da relação, os valores permaneceram elevados (antes: 5.0, Q1-Q3: 4.5-5.0; depois: 5.0, Q1-Q3: 4.0-5.0; $Z=-$

1.38, $p=0.167$, $r=0.35$). A frequência de discussões entre o casal e de sentimentos de arrependimento por iniciar a relação não apresentou alterações significativas.

A partilha de interesses e a frequência de conversas estimulantes mantiveram-se estáveis. A frequência de trabalho conjunto em projetos não sofreu alterações significativas ($Z=-0.96$, $p=0.339$, $r=0.24$). A discussão calma sobre assuntos registou uma ligeira tendência de diminuição após a lesão (antes: 3.0, Q1-Q3: 2.0-3.0; depois: 2.5, Q1-Q3: 0.5-3.0), com um efeito de tamanho moderado, mas sem significância estatística ($Z=-1.63$, $p=0.102$, $r=0.41$).

Tabela 6. Comparações das perceções sobre o relacionamento antes e depois da lesão

	Antes da Lesão (n=16)	Depois da Lesão (n=16)	Teste Wilcoxon
Sempre em desacordo (0) até Sempre em acordo (5)	Med (Q1-Q3)	Med (Q1-Q3)	
Religião	5.0 (4.0 - 5.0)	5.0 (3.5 - 5.0)	$Z=-1.00$, $p=0.317$, $r=0.25$
Demonstrações de afeto	4.5 (4.0 - 5.0)	4.5 (3.0 - 5.0)	$Z=-1.81$, $p=0.071^\ddagger$, $r=0.45$
Tomadas de grandes decisões	4.0 (4.0 - 5.0)	4.0 (4.0 - 4.5)	$Z=-1.07$, $p=0.285$, $r=0.27$
Relações sexuais	4.0 (4.0 - 5.0)	4.0 (4.0 - 5.0)	$Z=-1.63$, $p=0.102$, $r=0.41$
Costumes	4.0 (3.5 - 5.0)	4.0 (4.0 - 5.0)	$Z=-1.19$, $p=0.236$, $r=0.30$
Decisões de carreira	4.0 (4.0 - 5.0)	4.0 (4.0 - 5.0)	$Z=-0.45$, $p=0.655$. $r=0.11$
Sempre (0) até Nunca (5)			
Com que frequência discutem a possibilidade de terminar a relação?	5.0 (4.5 - 5.0)	5.0 (4.0 - 5.0)	$Z=-1.38$, $p=0.167$, $r=0.35$
Com que frequência discutem entre si?	4.0 (3.0 - 4.0)	4.0 (3.0 - 4.0)	$Z=-0.14$, $p=0.887$, $r=0.04$
Alguma vez se sentiu arrependido por ter iniciado esta relação?	5.0 (4.5 - 5.0)	5.0 (4.5 - 5.0)	$Z=-1.34$, $p=0.180$, $r=0.34$
Com que frequência se irritam um com o outro?	4.0 (3.0 - 4.0)	4.0 (3.0 - 4.0)	$Z=-0.45$, $p=0.655$, $r=0.11$
Nunca (0) até 5 (mais que uma vez por dia)			
Você e a sua companheira partilham os mesmos interesses?	3.0 (2.0 - 3.0)	3.0 (2.0 - 3.0)	$Z=-1.34$, $p=0.180$, $r=0.34$
Com que frequência tem conversas estimulantes e interessantes?	4.0 (3.0 - 4.0)	4.0 (2.0 - 4.0)	$Z=-0.32$, $p=0.751$, $r=0.08$

Com que frequência trabalham juntos um mesmo projeto?	3.0 (2.0 - 3.5)	3.0 (1.5 - 3.5)	Z=-0.96, p=0.339, r=0.24
Com que frequência discutem calmamente um assunto?	3.0 (2.0 - 3.0)	2.5 (0.5 - 3.0)	Z=-1.63, p=0.102, r=0.41

Incluídos os dados dos participantes com que estão ou estiveram envolvidos numa relação amorosa com interação sexual; resultados apresentados no formato mediana (Med) e quartis (Q1 – Q3) para as variáveis contínuas ou ordinais; p-valor calculado com o teste Wilcoxon; †p<0.10; *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; tamanho de efeito calculado como $r=\sqrt{n}$.

3.6. Comparações por estado civil

Na Tabela 7 são apresentadas as comparações por estado civil. A importância atribuída à recuperação sexual foi superior entre os participantes com companheira (Med=4.5, Q1-Q3: 2.5-5.0) em comparação com aqueles sem companheira (Med=3.0, Q1-Q3: 0.0-4.0), mas sem diferença estatisticamente significativa (Z=-1.55, p=0.134, r=0.32).

O grau de satisfação com a vida em geral apresentou valores semelhantes entre os dois grupos, com uma mediana de 3.0 (Q1-Q3: 2.0-3.0) para os participantes sem companheira e 2.0 (Q1-Q3: 2.0-3.0) para aqueles com companheira, sem diferenças significativas (Z=-1.15, p=0.316, r=0.24).

O QSM foi ligeiramente superior nos participantes com companheira (Med=71.0, Q1-Q3: 22.0-79.0) face aos sem companheira (Med =56.0, Q1-Q3: 18.0-84.0), mas sem alcançar significância estatística (Z=-0.25, p=0.833, r=0.05).

Tabela 7. Comparações por estado civil (sem e com companheira)

	Sem companheira (n=11)	Com companheira (n=12)	Teste Mann- Whitney
Que importância dá neste momento à recuperação sexual (0 - 5)	3.0 (0.0 - 4.0)	4.5 (2.5 - 5.0)	Z=-1.55, p=0.134, r=0.32
Qual é o seu grau de satisfação quanto à vida em geral (0 - 3)	3.0 (2.0 - 3.0)	2.0 (2.0 - 3.0)	Z=-1.15, p=0.316, r=0.24
Quociente sexual masculino	56.0 (18.0 - 84.0)	71.0 (22.0 - 79.0)	Z=-0.25, p=0.833, r=0.05

Resultados apresentados no formato mediana (Med) e quartis (Q1 – Q3) para as variáveis contínuas ou ordinais; p-value calculado com o teste Mann-Whitney; †p<0.10; *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; tamanho de efeito calculado como $r=\sqrt{n}$.

3.7. Comparações por atividade profissional

Na Tabela 8 são apresentadas as comparações por atividade profissional. O quociente sexual masculino apresentou uma mediana de 71.0 (Q1-Q3: 24.0-76.0) nos participantes não ativos profissionalmente e de 34.0 (Q1-Q3: 14.0-82.0) nos participantes ativos, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($Z=-0.25$, $p=0.805$, $r=0.06$).

Tabela 8. Comparações por atividade profissional

	Não ativo (n=14)	Ativo (n=9)	Teste Mann-Whitney
Quociente sexual masculino	71.0 (24.0 – 76.0)	34.0 (14.0 – 82.0)	$Z=-0.25$, $p=0.805$, $r=0.06$

Resultados apresentados no formato mediana (Med) e quartis (Q1 – Q3) para as variáveis contínuas ou ordinais; p-valor calculado com o teste Mann-Whitney; † $p<0.10$; * $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$; tamanho de efeito calculado como $r=\sqrt{n}$

3.8. Comparações por duração da lesão

A Tabela 9 apresenta as comparações entre os participantes com lesão inferior a 1 ano (<1 ano) e aqueles com lesão superior ou igual a 1 ano (≥ 1 ano) em várias dimensões relacionadas à recuperação sexual e satisfação com a vida e sexualidade.

Em relação à questão sobre se os participantes já tinham pensado sobre a sua recuperação sexual, 36,4% dos participantes no grupo <1 ano e 41,7% no grupo ≥ 1 ano relataram que não haviam pensado sobre a recuperação sexual. No entanto, 63.6% do grupo <1 ano e 58.3% do grupo ≥ 1 ano afirmaram ter pensado sobre a sua recuperação sexual. Os resultados não revelaram diferença significativa entre os grupos ($X^2(1)=0.07$, $p=0.795$, $\Phi=0.05$).

Para a questão sobre se já tinha falado com algum profissional sobre a sua função sexual, 72,7% dos participantes do grupo com <1 ano de lesão e 33,3% do grupo com ≥ 1 ano de lesão indicaram que não conversaram com um profissional. Por outro lado, 27,3% do grupo com <1 ano de lesão e 66,7% do grupo com ≥ 1 ano de lesão afirmaram que já tiveram essa conversa. Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($Z=-2.66$, $p=0.008$, $r=0.56$).

A análise da importância atribuída à recuperação sexual, medida numa escala de 0 a 5, revelou uma mediana de 4.0 (Q1-Q3: 2.0-5.0) para o grupo <1 ano e uma mediana

de 3.5 (Q1-Q3: 1.0-4.5) para o grupo ≥ 1 ano, não encontrou diferença significativa entre os grupos ($Z=-0.63$, $p=0.566$, $r=0.13$).

Quanto ao grau de satisfação com a vida em geral, medido numa escala de 0 a 3, a mediana foi de 2.0 (Q1-Q3: 2.0-2.0) para o grupo < 1 ano e de 3.0 (Q1-Q3: 3.0-3.0) para o grupo ≥ 1 ano. Os resultados indicaram uma diferença significativa entre os grupos, com o grupo ≥ 1 ano apresentando uma maior satisfação com a vida ($Z=-3.07$, $p=0.002$, $r=0.64$).

Em relação ao grau de satisfação quanto à sexualidade, medido numa escala de 0 a 3, a mediana foi de 2.0 (Q1-Q3: 0.0-2.0) para o grupo < 1 ano e de 2.0 (Q1-Q3: 2.0-3.0) para o grupo ≥ 1 ano, não foi encontrada uma diferença significativa entre os grupos ($Z=-1.31$, $p=0.190$, $r=0.27$).

Para a questão sobre a capacidade de provocar uma ereção espontaneamente, 54,5% dos participantes no grupo < 1 ano e 25,0% no grupo ≥ 1 ano relataram não conseguir. Por outro lado, 45,5% do grupo < 1 ano e 75,0% do grupo ≥ 1 ano afirmaram conseguir provocar uma ereção espontaneamente. No entanto, não se registaram diferenças significativas entre os grupos ($X^2(1)=2.10$, $p=0.147$, $\Phi=0.30$).

Por fim, no que se refere ao QSM, a mediana foi de 20.0 (Q1-Q3: 14.0-74.0) para o grupo < 1 ano e de 72.0 (Q1-Q3: 58.0-87.0) para o grupo ≥ 1 ano, sendo que existiu uma diferença significativa entre os grupos, com o grupo ≥ 1 ano apresentando um quociente sexual masculino mais elevado ($Z=2.22$, $p=0.027$, $r=0.46$).

Tabela 9. Comparações por duração da lesão

	< 1 ano (n=11)	≥ 1 ano (n=12)	Teste estatístico
Já tinha pensado sobre a sua recuperação sexual?			
Não	4 (36.4%)	5 (41.7%)	$X^2(1)=0.07$, $p=0.795$, $\Phi=0.05$
Sim	7 (63.6%)	7 (58.3%)	
Já tinha falado com algum profissional sobre a sua função sexual?			
Não	8 (72.7%)	4(33.3%)	$Z=-2.66$,$p=0.008$, $r=0.56$
Sim	3 (27.3%)	8/66.7%)	
De 0 a 5, que importância dá neste momento à recuperação sexual	4.0 (2.0 – 5.0)	3.5 (1.0 – 4.5)	$Z=-0.63$, $p=0.566$, $r=0.13$

Qual é o seu grau de satisfação quanto à vida em geral? (0-3)	2.0 (2.0 – 2.0)	3.0 (3.0 – 3.0)	Z=-3.07, p=0.002**, r=0.64
Qual é o seu grau de satisfação quanto à sua sexualidade (0-3)	2.0 (0.0 – 2.0)	2.0 (2.0 – 3.0)	Z=-1.31, p=0.190, r=0.27
Consegue provocar uma ereção espontaneamente?			
Não	6 (54.5%)	3 (25.0%)	X ² (1)=2.10, p=0.147,
Sim	5 (45.5%)	9 (75.0%)	Φ=0.30
Quociente sexual masculino	20.0 (14.0 – 74.0)	72.0 (58.0 – 87.0)	Z=2.22, p=0.027*, r=0.46

Resultados apresentados no formato frequência (N) e percentagem (%) para as variáveis categóricas e Mediana (Med) e quartis (Q1 – Q3) para as variáveis contínuas ou ordinais; *p-value* calculado com o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher para variáveis categóricas e com o teste Mann-Whitney para as variáveis contínuas ou ordinais; †*p*<0.10; **p*<0.05; ***p*<0.01; ****p*<0.001; tamanho de efeito do teste Mann-Whitney calculado como $r=\sqrt{n}$

3.9. Comparações por idade do doente à data da lesão

A Tabela 10 apresenta as comparações entre os participantes com idade até 45 anos (≤ 45 anos) e aqueles com idade superior a 45 anos (> 45 anos).

Em relação à importância atribuída à recuperação sexual, medida numa escala de 0 a 5, a mediana foi de 4.0 (Q1-Q3: 2.0-5.0) para o grupo ≤ 45 anos e de 4.0 (Q1-Q3: 1.0-4.5) para o grupo > 45 anos, sendo que os resultados não revelaram diferenças significativas entre os dois grupos (Z=-0.35, *p*=0.727, *r*=0.13).

Sobre a questão da fertilidade, a maioria dos participantes do grupo ≤ 45 anos (54.5%) afirmou que não tinha pensado sobre a fertilidade, enquanto todos os participantes do grupo > 45 anos (100%) relataram não ter considerado essa questão. Os resultados mostraram uma diferença significativa entre os grupos (*p*=0.014, Φ=0.55).

Em relação ao quociente sexual masculino, a mediana foi de 60.0 (Q1-Q3: 20.0-84.0) para o grupo ≤ 45 anos e de 53.0 (Q1-Q3: 19.0-79.0) para o grupo > 45 anos. Não se encontrou uma diferença significativa entre os grupos (Z=-0.06, *p*=0.951, *r*=0.01).

Os resultados indicam que, enquanto não houve diferença significativa na importância atribuída à recuperação sexual e no quociente sexual masculino entre os grupos, a questão da fertilidade foi significativamente mais considerada pelo grupo ≤ 45 anos em comparação com o grupo > 45 anos.

Tabela 10. Comparações por idade que tinha aquando da lesão

	≤ 45 anos (n=11)	> 45 anos (n=12)	Teste estatístico
De o a 5, que importância dá neste momento à recuperação sexual	4.0 (2.0 – 5.0)	4.0 (1.0 – 4.5)	Z=-0.35, p=0.727, r=0.13
Já pensou sobre a questão da fertilidade?			
Não	6 (54.5%)	12 (100%)	Fisher, p=0.014*, Φ=0.55
Sim	5 (45.5%)	0 (0.0%)	
Quociente sexual masculino	60.0 (20.0 – 84.0)	53.0 (19.0 – 79.0)	Z=-0.06, p=0.951, r=0.01

Resultados apresentados no formato frequência (N) e percentagem (%) para as variáveis categóricas e Mediana (Med) e quartis (Q1 – Q3) para as variáveis contínuas ou ordinais; *p-value* calculado com o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher para variáveis categóricas, de acordo com as regras de Cochran e com o teste Mann-Whitney para as variáveis contínuas ou ordinais; †*p*<0.10; **p*<0.05; ***p*<0.01; ****p*<0.001; tamanho de efeito do teste Mann-Whitney calculado como $r=\sqrt{n}$; tamanho de efeito do teste qui-quadrado/ Fisher calculado como phi (Φ)

3.10. Comparações por condição após a lesão

A Tabela 11 apresenta as comparações entre os participantes sem nenhuma condição (Nenhum), com disfunção sexual (Disfunção Sexual) e com ansiedade ou depressão (Ansiedade ou Depressão) em várias dimensões relacionadas à satisfação com a vida, desejo sexual, controlo da ejaculação e quociente sexual masculino.

Em relação ao grau de satisfação com a vida em geral, medido numa escala de 0 a 3, as medianas foram 2.0 (Q1-Q3: 2.0-3.0) para o grupo "Nenhum", 3.0 (Q1-Q3: 2.0-3.0) para o grupo "Disfunção Sexual" e 3.0 (Q1-Q3: 3.0-3.0) para o grupo "Ansiedade ou Depressão". Os resultados não revelaram uma diferença significativa entre os grupos ($H=4.19$, $p=0.123$, $\eta^2[H]=0.11$).

Quanto ao desejo sexual, medido numa escala de 0 a 5, o grupo "Nenhum" apresentou uma mediana de 4.0 (Q1-Q3: 1.0-5.0), o grupo "Disfunção Sexual" uma mediana de 1.0 (Q1-Q3: 1.0-4.0) e o grupo "Ansiedade ou Depressão" uma mediana de 4.0 (Q1-Q3: 4.0-4.0), sendo que não existiu uma diferença significativa entre os grupos ($H=1.04$, $p=0.595$, $\eta^2[H]=0.05$).

Em relação ao controlo da ejaculação, medido numa escala de 0 a 5, as medianas foram 1.0 (Q1-Q3: 0.0-3.0) para o grupo "Nenhum", 0.0 (Q1-Q3: 0.0-0.0) para o grupo "Disfunção Sexual" e 4.0 (Q1-Q3: 4.0-1.0) para o grupo "Ansiedade ou Depressão. Existiu

uma diferença marginalmente significativa ($H=5.51$, $p=0.064$, $\eta^2[H]=0.18$), sugerindo maior controlo para o grupo “Ansiedade ou Depressão”.

Por fim, no quociente sexual masculino, o grupo "Nenhum" apresentou uma mediana de 47.0 (Q1-Q3: 19.0-78.0), o grupo "Disfunção Sexual" uma mediana de 56.0 (Q1-Q3: 34.0-72.0) e o grupo "Ansiedade ou Depressão" uma mediana de 80.0 (Q1-Q3: 20.0-92.0). Não existiu uma diferença significativa entre os grupos ($H=1.44$, $p=0.486$, $\eta^2[H]=0.03$).

Tabela 11. Comparações por diagnóstico após a lesão

	Nenhum (n=12)	Disfunção Sexual (n=5)	Ansiedade ou Depressão (n=6)	Teste Kruskal- Wallis
Grau de satisfação quanto à vida em geral (0-3)	2.0 (2.0 – 3.0)	3.0 (2.0 – 3.0)	3.0 (3.0 – 3.0)	$H=4.19$, $p=0.123$, $\eta^2[H]=0.11$
O seu desejo sexual é forte o suficiente para o encorajar a iniciar relações sexuais (0 - 5)	4.0 (1.0 – 5.0)	1.0 (1.0 - 4.0)	4.0 (4.0 - 4.0)	$H=1.04$, $p=0.595$, $\eta^2[H]=0.05$
Consegue controlar a ejaculação de forma à atividade sexual durar o tempo que pretende (0-5)	1.0 (0.0 – 3.0)	0.0 (0.0 - 0.0)	4.0 (4.0 - 1.0)	$H=5.51$, $p=0.064^\ddagger$, $\eta^2[H]=0.18$
Quociente sexual masculino	47.0 (19.0 – 78.0)	56.0 (34.0 – 72.0)	80.0 (20.0 – 92.0)	$H=1.44$, $p=0.486$, $\eta^2[H]=0.03$

Resultados apresentados no formato Mediana (Med) e quartis (Q1 – Q3) para as variáveis contínuas ou ordinais; *p-value* calculado com o teste Kruskal-Wallis; $^\ddagger p<0.10$; $^*p<0.05$; $^{**}p<0.01$; $^{***}p<0.001$; tamanho de efeito do teste Kruskal-Wallis calculado como $\eta^2[H] = (H - k + 1)/(n - k)$, em que k = número de grupos.

3.11. Comparações entre participantes que já conversaram com profissionais de saúde

Por fim a Tabela 12 apresenta as comparações entre os participantes que já falaram com algum profissional sobre a sua função sexual e os que não falaram, em relação a várias dimensões, incluindo satisfação com a vida, satisfação com a sexualidade e QSM.

Em relação ao grau de satisfação com a vida em geral, medido numa escala de 0 a 3, as medianas foram 2.0 (Q1-Q3: 2.0-3.0) para o grupo "Não falou" e 3.0 (Q1-Q3: 2.0-3.0)

para o grupo "Falou". Os resultados revelaram uma diferença marginalmente significativa entre os grupos ($Z=-1.92$, $p=0.055$, $r=0.40$), sugerindo maior satisfação no grupo que não abordou a questão da função sexual.

Quanto ao grau de satisfação com a sexualidade, medido numa escala de 0 a 3, as medianas foram 2.0 (Q1-Q3: 0.0-2.0) para o grupo "Não falou" e 2.0 (Q1-Q3: 2.0-3.0) para o grupo "Falou", não existiu uma diferença significativa entre os grupos ($Z=-1.28$, $p=0.202$, $r=0.27$).

Em relação ao quociente sexual masculino, as medianas foram 22.0 (Q1-Q3: 15.0-58.0) para o grupo "Não falou" e 74.0 (Q1-Q3: 70.0-90.0) para o grupo "Falou". Existiu uma diferença significativa entre os grupos ($Z=-2.46$, $p=0.014$, $r=0.51$). Este resultado sugere maior quociente sexual masculino para os homens que abordaram esta questão com os profissionais de saúde.

Tabela 12. Comparações entre participantes que já falaram com algum profissional de saúde

	Não falou (n=12)	Falou (n=11)	Teste estatístico
Grau de satisfação quanto à vida em geral (0-3)	2.0 (2.0 – 3.0)	3.0 (2.0 – 3.0)	$Z=-1.92$, $p=0.055^\ddagger$, $r=0.40$
Grau de satisfação quanto à sua sexualidade (0-3)	2.0 (0.0 – 2.0)	2.0 (2.0 – 3.0)	$Z=-1.28$, $p=0.202$, $r=0.27$
Quociente sexual masculino	22.0 (15.0 – 58.0)	74.0 (70.0 – 90.0)	$Z=-2.46$, $p=0.014^*$, $r=0.51$

Resultados apresentados no formato mediana (Med) e quartis (Q1 – Q3) para as variáveis contínuas ou ordinais; p -value calculado com o teste Mann-Whitney; $^\ddagger p<0.10$; $^* p<0.05$; $^{**} p<0.01$; $^{***} p<0.001$; tamanho de efeito calculado como $r=\sqrt{n}$

4. Discussão

Este estudo teve como principal objetivo avaliar o impacto da Lesão Vertebro-Medular (LVM) na sexualidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, explorando como múltiplas variáveis sociodemográficas e fatores psicossociais influenciam a percepção da função sexual, satisfação com a vida e adaptação à nova realidade após a lesão. A presente discussão visa contextualizar os principais resultados à luz da literatura existente, bem como compreender a sua aplicabilidade clínica e limitações na reabilitação destes indivíduos.

A sexualidade em indivíduos com LVM é influenciada por fatores médicos, psicológicos e sociais, exigindo uma abordagem abrangente e individualizada na reabilitação. Na maioria dos participantes deste estudo, o nível da lesão situava-se acima de T11 (82.6%). Baseado na literatura existente, será expectável que, para a maior parte da nossa amostra, haja uma predominância da ereção reflexa sobre a ereção psicogénica, como consequência da interrupção das vias que transmitem os impulsos ao centro de excitação psicogénica em T11-L2 (12–14).

Além dos aspetos físicos, fatores psicossociais, como experiências anteriores, identidade de género, crenças culturais e dificuldades relacionais também influenciam a adaptação sexual após a lesão (15). A título de exemplo, verificou-se que, antes da lesão, todos os participantes estavam empregados; contudo, após a lesão, 60.9% encontravam-se inativos. Este dado pode ser importante, uma vez que a forma como estes indivíduos se veem na sociedade pode afetar negativamente a sua autoestima e confiança e, conseqüentemente, a adaptação à nova realidade da vida sexual (16).

Outros fatores podem influenciar a saúde sexual de indivíduos com LVM, como por exemplo a sensibilidade genital, que foi reportada na maioria dos participantes (69.6%). Um estudo mencionado por *Sunilkumar et al.*, 2015, indica que, quando há presença de sensibilidade genital, em indivíduos com LVM, a experiência sexual pode ser mais agradável (14).

Na literatura, os problemas mais relatados por homens com LVM no que concerne à sua saúde sexual são perda de ejaculação, perda de orgasmo e disfunção erétil. (10,17) Os resultados do nosso estudo corroboram estes dados, tendo sido descrita uma mediana de 1 tanto para a questão sobre o controlo da ejaculação como para a capacidade de atingir o orgasmo. De acordo com *Abdo*, 2007, respostas iguais ou inferiores a 2 na questão referente ao contro da ejaculação indicam a presença de ejaculação prematura.

Assim, considerando a mediana obtida, assume-se que a maioria dos participantes deste estudo apresentou ejaculação prematura.

A saúde sexual é uma prioridade para homens que vivem com LVM, sendo, para muitos, um componente essencial para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida (12). Contudo, vários autores referem que a abordagem realizada por profissionais de saúde a este tema é muitas vezes inadequada e com diversas lacunas (12,17,18). Neste sentido, no presente estudo, compara-se os participantes que já falaram com algum profissional de saúde sobre a sua função sexual com aqueles que não o fizeram, analisando múltiplas dimensões, incluindo a satisfação com a vida, satisfação com a sexualidade e Quociente Sexual Masculino (QSM). Os resultados revelaram que apenas a relação com o QSM apresentou uma diferença significativa ($p=0.014$), sugerindo que os homens que abordaram a sua função sexual com um profissional de saúde registaram valores de QSM mais elevados. Estes resultados evidenciam a importância do aconselhamento médico de qualidade na adaptação sexual após a LVM. De acordo com *Aikman et al.*, 2018 (12), uma comunicação aberta com um profissional de saúde pode contribuir para a normalização do tema, dissipando estigmas e tabus associados à sexualidade na LVM e permitindo que os indivíduos compreendam as estratégias para lidar com as novas alterações na intimidade.

No entanto, verificou-se uma diferença marginalmente significativa ($p=0.055$) para o grupo que não falou com um profissional de saúde no que diz respeito à satisfação geral com a vida. Este resultado, embora aparente ser contraintuitivo, pode ser explicado pelo impacto psicológico da informação recebida, que, quando mal conduzida, pode gerar ansiedade e tornar a sexualidade pós-LVM um tema intimidante. De acordo com o estudo de *Kathnelson et al.*, 2020 (18), alguns homens com LVM relataram, por vezes, sentir-se desencorajados após receberem informações sobre a nova realidade que enfrentavam, especialmente quando esta era demasiado técnica e limitada. Esta relação reforça a importância de melhorar a qualidade do aconselhamento médico, garantindo uma abordagem multidisciplinar, sensível e adaptada, e evitando o aumento da frustração e insatisfação com a vida.

Outro fator que pode ter influenciado este resultado é o tempo decorrido desde a lesão. Não existe consenso quanto ao *timing* ideal para abordar as questões relacionadas com a reabilitação sexual em indivíduos com LVM (12,17). Estudos relatam que há homens com LVM que preferiam receber toda as informações imediatamente após a lesão, enquanto outros preferiam adiar essa discussão, por inicialmente darem prioridade a outros aspetos da recuperação (18).

No presente estudo avaliamos a relação entre o tempo desde a lesão e comunicação com um profissional de saúde sobre a função sexual. Os resultados revelaram que os indivíduos com mais tempo de lesão (≥ 1 ano) eram significativamente mais propensos a abordar a questão da sexualidade com um profissional de saúde ($p=0.008$). Ao longo da recolha de dados, os participantes com a lesão inferior a um ano relataram não ter como prioridade imediata a recuperação da função sexual, o que pode justificar a menor procura por aconselhamento especializado nesta fase inicial.

Os pacientes com LVM há mais de um ano apresentaram ainda um QSM significativamente ($p=0.027$) mais elevado (Med=72.0) em comparação com aqueles cuja lesão ocorreu há menos de um ano (Med=20.0). Registaram, igualmente, níveis significativamente mais altos de satisfação com a vida ($p=0.002$). Estes resultados sugerem que o tempo desde a lesão é um fator relevante na adaptação e bem-estar geral após a lesão, uma vez que são desenvolvidas estratégias mais eficazes de adaptação à sua nova condição e abordada de forma positiva a sua experiência sexual.

A fertilidade também é um fator por vezes negligenciado na reabilitação sexual, e que merece especial destaque por ser uma das principais preocupações dos indivíduos pós-LVM (2,13,19). Após a LVM, muitos homens experienciam deficiências graves na sua função reprodutora devido à disfunção erétil ou ejaculatória (19). Para além disso, embora já tenha sido demonstrado que os homens com LVM continuam a produzir um número adequado de espermatozoides, a literatura indica que existem anormalidades na viabilidade e motilidade dos mesmos (20). No nosso estudo, a idade no momento da lesão teve impacto na perceção da fertilidade, com 45,5% dos participantes com lesão antes dos 45 anos a demonstrarem preocupação com a sua capacidade reprodutiva, em contraste com 0% no grupo com lesão após os 45 anos ($p=0.014$). Segundo *Aikman et al.*, 2018, é natural que a fertilidade seja uma grande preocupação em indivíduos jovens, uma vez que estes se encontram no auge da sua vida reprodutiva (12). A maioria dos indivíduos com mais de 45 anos relatou, durante a recolha dos dados, já ter família constituída, o que pode explicar porque não era a fertilidade uma preocupação para este grupo.

A literatura atual demonstra que a relação conjugal pode sofrer diversas dificuldades após a LVM. O impacto da lesão vai além das limitações físicas do paciente, afetando a dinâmica do casal e a forma como ambos percebem a intimidade e a relação (9). O parceiro pode ser um fator de apoio ou de angústia para o indivíduo com LVM, dependendo da forma como lida com as mudanças físicas e emocionais deste (15). Um dos desafios frequentemente relatados é a transição do papel de parceiro para cuidador,

o que aumenta a carga de stress, frustração e cansaço, e que, posteriormente, impacta diretamente a vida sexual do casal (9,10). Para além disso, os parceiros relatam falta de informação sobre a dinâmica da relação sexual após a LVM, o que deixa muitos casais com dificuldades na adaptação sexual, resultando muitas vezes em medo de magoar o parceiro durante a relação sexual e, conseqüentemente, diminuição do desejo de iniciar uma relação sexual (9).

Neste estudo, os participantes não relataram diferenças na concordância relativamente às relações sexuais. Os relatos, durante a recolha de dados, indicavam que existia concordância nos casais em esperar pelo momento certo para retomar a relação sexual ou para explorar novas dinâmicas na relação, o que pode indicar uma adaptação positiva ao longo do tempo.

Por outro lado, a concordância nas demonstrações de afeto sofreu uma ligeira tendência de diminuição após a lesão, embora com um *p-value* marginalmente significativo ($p=0.071$). Este resultado pode ser explicado não só pelos fatores discutidos, mas também pelo estigma social que existe em torno da sexualidade dos indivíduos com LVM. A sociedade continua a alimentar perceções erradas de que homens com LVM são assexuados, indesejáveis ou pouco atraentes, o que pode afetar a autoestima e a confiança na expressão do afeto e da intimidade (10,12).

Já a frequência de discussões calmas registou uma ligeira tendência de diminuição após a lesão, sem significância estatística ($p=0.102$). Este aspeto pode influenciar positivamente a dinâmica conjugal, uma vez que diversos estudos apoiam que, quando os indivíduos têm parceiros que os apoiam ativa e positivamente, a satisfação conjugal, qualidade do relacionamento e a adaptação sexual tendem melhorar com o tempo (10,21).

Verificou-se que os participantes com companheira apresentaram um QSM ligeiramente superior em comparação com aqueles sem companheira, sem atingir significância estatística ($p=0.833$), sugerindo que, apesar de haver uma tendência para maior satisfação sexual entre os indivíduos em relacionamentos, outros fatores como a comunicação, a aceitação da nova condição e a adaptação emocional podem ser igualmente determinantes na perceção da sexualidade após a LVM.

As restantes dimensões avaliadas na última parte do questionário não apresentaram alterações estatisticamente significativas, o que pode estar relacionado com a duração

prolongada das relações entre os participantes, já que a estabilidade e o tempo de convivência podem ter facilitado um acordo mútuo entre o casal nas diferentes dimensões analisadas. Adicionalmente, foi referido por grande parte dos participantes um sentimento de maior proximidade com as suas parceiras, atribuído ao facto de agora disporem de mais tempo para conversas e momentos de partilha, o que pode ter contribuído para o fortalecimento do vínculo da relação conjugal.

Comparados com indivíduos saudáveis, os indivíduos com LVM possuem maiores taxas de depressão, fadiga e ansiedade, impactando ainda mais a sua função e satisfação sexual (2,21). Os nossos resultados corroboram estes dados, na medida em que, à data da avaliação, houve um aumento de diagnósticos de disfunção sexual (21,7%) e ansiedade e depressão (26.1%). Avaliamos a influência que poderiam ter estes diagnósticos no controlo da ejaculação, sendo que os resultados sugeriram um maior controlo da ejaculação para o grupo com ansiedade e depressão, ainda que com uma diferença marginalmente significativa ($p=0.064$). É importante notar, contudo, que existiu alguma dificuldade em validar as respostas relativas à existência destes diagnósticos após a lesão, uma vez que alguns participantes demonstraram incerteza ou desconhecimento relativamente à confirmação médica formal destas condições.

A ejaculação é um processo muscular e neurológico altamente coordenado que envolve vias aferentes específicas, centros autónomos e somáticos cerebrais e espinais e vias eferentes. Este processo abrange duas fases: a emissão, controlada pelo sistema nervoso simpático, e a expulsão, na qual atuam componentes parassimpáticos e somáticos (13). *Elliott, 2002*, sugere ainda que a ejaculação é um reflexo espinhal normalmente sob inibição tónica supraespinhal. Esta inibição é removida quando a estimulação genital e psicológica desencadeia sinais aferentes, permitindo assim a ativação dos mecanismos medulares eferentes e a ocorrência natural da ejaculação (22).

Embora não existam estudos na literatura que comprovem o efeito que a ansiedade e depressão podem ter no controlo da ejaculação em indivíduos com LVM, é plausível que os nossos resultados possam ser explicados pela complexa interação neurofisiológica e psicológica da ejaculação. Estados crónicos de ansiedade e depressão podem induzir uma hiperativação do sistema nervoso simpático, com ativação de áreas corticais associadas ao stress que podem inibir parcialmente os reflexos autonómicos ejaculatórios, prolongando assim o tempo até à ejaculação. Adicionalmente, indivíduos com ansiedade ou depressão são comumente medicados com antidepressivos, cuja ação está comprovadamente associada ao aumento da latência ejaculatória (23). É de notar que a interpretação das respostas obtidas na questão sobre o controlo ejaculatório

no QSM ("Consegue controlar a ejaculação de forma a que a atividade sexual dure o tempo que pretende?") deve ser feita com cautela, uma vez que a questão apresenta alguma subjetividade, podendo não indicar claramente se a ejaculação foi rápida em termos absolutos ou apenas relativamente à duração desejada pelo indivíduo.

4.1. Limitações

A amostra deste estudo foi considerada a principal limitação, pelo seu tamanho reduzido, o que diminui a possibilidade de generalização dos resultados. Contudo, o pequeno tamanho da amostra está em consonância com o objetivo primordial deste estudo, que é compreender e aprofundar as perceções individuais dos indivíduos com LVM e não generalizar os dados para toda a população na mesma condição. Adicionalmente, uma vez que todos os participantes se encontravam institucionalizados no CMRRC-RP, poderão as respostas estar associadas a especificidades da própria unidade de saúde, limitando a extrapolação para outros contextos.

Outra limitação identificada refere-se à ausência de validação das respostas dos participantes através dos registos médicos, o que pode ter resultado em respostas imprecisas, especialmente nos casos onde a lesão era muito recente ou quando os participantes não compreendiam plenamente a informação médica que lhes tinha sido transmitida. Durante a recolha de dados, alguns participantes forneceram informações pouco claras ou inconsistentes.

Algumas respostas dadas podem ter sido influenciadas pela subjetividade inerente às questões colocadas. Muitas vezes os participantes não compreendiam determinadas questões, sendo necessário que a investigadora esclarecesse ou reformulasse as perguntas, o que pode ter introduzido erros de interpretação e influenciado a precisão das respostas obtidas.

Adicionalmente, outra limitação importante prende-se com a ausência de uma avaliação prévia à lesão relativamente a determinadas dimensões analisadas. Desta forma, não é possível determinar se alguns valores altos ou baixos observados após a lesão representam efetivamente alterações decorrentes da LVM ou se já existiam previamente, o que poderá condicionar a correta interpretação dos resultados obtidos.

Finalmente, aquando da aplicação do QSM em indivíduos com lesões muito recentes, alguns participantes tiveram dificuldade em responder adequadamente às questões colocadas, visto que ainda não tinham tido a possibilidade de retomar as

relações sexuais após a lesão, devido à algaliação, internamento prolongado ou ainda pela falta de um local privado na clínica e tempo adequado com as suas parceiras.

Conclusão

Este estudo permitiu compreender o impacto significativo da LVM na sexualidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados através da análise de diversas dimensões, o que demonstrou que a sexualidade após a LVM é complexa e influenciada por múltiplas variáveis, incluindo fatores médicos, psicológicos e sociais.

Os resultados sublinham a importância de uma abordagem abrangente e individualizada no processo de reabilitação, destacando-se a necessidade de abordar abertamente temas relacionados com a sexualidade junto dos profissionais de saúde.

Adicionalmente, o estudo realçou a relevância de aspetos frequentemente negligenciados, como a fertilidade e as dinâmicas conjugais, evidenciando que uma abordagem multidisciplinar sensível e personalizada é crucial para apoiar eficazmente estes indivíduos e os seus parceiros.

É fundamental realizar novos estudos com amostras mais amplas, de modo a explorar com maior profundidade este tema complexo, que permanece frequentemente negligenciado.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Spinal cord injury [Internet]. 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>
2. Latella D, Maggio MG, Manuli A, Militi D, Calabrò RS. Sexual dysfunction in male individuals with spinal cord injury: What do we know so far? *J Clin Neurosci* [Internet]. 2019;68:20–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2019.07.038>
3. Hagen EM, Rekan T, Gilhus NE, Grønning M. Traumatic spinal cord injuries – incidence, mechanisms and course - *Tidsskrift for Den norske legeförening. Tidsskr Nor Lægeforen* [Internet]. 2012;(7):831–7. Available from: http://tidsskriftet.no/article/2252977/en_GB/
4. Zanin E, Salizzato S, Aiello EN, Leochico CFD, Rey-Matias RR, Pauletto P, et al. The contribution of bio-psycho-social dimensions on sexual satisfaction in people with spinal cord injury and their partners: an explorative study. *Spinal Cord Ser Cases*. 2022;8(1):1–6.
5. Campos I, Margalho P, Lopes A, Branco C, Faria F, Caldas J, et al. People with Spinal Cord Injury in Portugal. *Am J Phys Med Rehabil*. 2017;96(2):S106–8.
6. World Health Organization. Sexual health [Internet]. Available from: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
7. Virseda-Chamorro M, Salinas-Casado J, Lopez-Garcia-Moreno AM, Cobo-Cuenca AI, Esteban-Fuertes M. Sexual dysfunction in men with spinal cord injury: A case-control study. *Int J Impot Res* [Internet]. 2013;25(4):133–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/ijir.2013.1>
8. Merghati-Khoei E, Emami-Razavi SH, Bakhtiyari M, Lamyian M, Hajmirzaei S, Ton-Tab Haghighi S, et al. Spinal cord injury and women’s sexual life: Case-control study. *Spinal Cord*. 2017;55(3):269–73.
9. Eglseder K, Demchick B. Sexuality and spinal cord injury: The lived experiences of intimate partners. *OTJR Occup Particip Heal*. 2017;37(3):125–31.
10. Taylan S, Özkan İ, Küçükakça Çelik G. Experiences of patients and their partners with sexual problems after spinal cord injury: A phenomenological qualitative study. *J Spinal Cord Med*. 2022;45(2):245–53.
11. Abdo CHN. The male sexual quotient: A brief, self-administered questionnaire to assess

- male sexual satisfaction. *J Sex Med.* 2007;4(2):382–9.
12. Aikman K, Oliffe JL, Kelly MT, McCuaig F. Sexual Health in Men With Traumatic Spinal Cord Injuries: A Review and Recommendations for Primary Health-Care Providers. *Am J Mens Health.* 2018;12(6):2044–54.
 13. Krassioukov A, Elliott S. Neural Control and Physiology of Sexual Function: Effect of Spinal Cord Injury. 2017;1–10.
 14. Sunilkumar MM, Boston P, Rajagopal MR. Sexual functioning in men living with a spinal cord injury-A narrative literature review. *Indian J Palliat Care.* 2015;21(3):274–81.
 15. Alexander M, Elliott S, Tepper M. Improving Sexual Satisfaction in Persons with Spinal Cord Injuries: Collective Wisdom. 2017;23(1):57–70.
 16. Elliott S, Hocaloski S, Carlson M. A multidisciplinary approach to sexual and fertility rehabilitation: The sexual rehabilitation framework. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2017;23(1):49–56.
 17. Rassem M, Siddiqui M, Wunder S, Ganshorn K, Kraushaar J. Sexual health counselling in patients with spinal cord injury: Health care professionals' perspectives. *J Spinal Cord Med.* 2020;45(2):1–7.
 18. Kathnelson JD, Kurtz Landy CM, Ditor DS, Tamim H, Gage WH. Supporting sexual adjustment from the perspective of men living with spinal cord injury. *Spinal Cord* [Internet]. 2020;58(11):1176–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41393-020-0479-6>
 19. Rodger S. Evaluating sexual function education for patients after a spinal cord injury. *Br J Nurs.* 2019;28(21):1374–8.
 20. Hough S, Cordes CC, Goetz LL, Kuemmel A, Lieberman JA, Mona LR, et al. A primary care provider's guide to sexual health for individuals with spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2020;26(3):144–51.
 21. Lai R, McKerchar R, Western MJ, Flannigan R, Krassioukov A V., Elliott S, et al. Lived Experiences of Sexuality and Sexual Functioning in Males with SCI: A Mixed-Methods Study. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2024;30(2):37–53.
 22. Elliott S. Ejaculation and orgasm: Sexuality in men with SCI. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2002;8(1):1–15.
 23. Jing E, Straw-Wilson K. Sexual dysfunction in selective serotonin reuptake inhibitors

Vertebral trauma and sexuality -a survey research

(SSRIs) and potential solutions: A narrative literature review. *Ment Heal Clin.* 2016;6(4):191–6.

Apêndices

Apêndice 1

Tabela 5.1. Tabela de frequência de respostas ao QSM

Quociente sexual masculino (0: nunca; 5: sempre)		N	%
Questões			
O seu desejo sexual é forte o suficiente para o encorajar a iniciar relações sexuais?	0: Nunca	3	13,0%
	1: Raramente	5	21,7%
	2: Algumas vezes	0	0,0%
	3: 50% das vezes	1	4,3%
	4: Maioria das vezes	7	30,4%
	5: Sempre	7	30,4%
Sente-se confiante na sua capacidade de sedução?	0: Nunca	1	4,3%
	1: Raramente	3	13,0%
	2: Algumas vezes	3	13,0%
	3: 50% das vezes	3	13,0%
	4: Maioria das vezes	7	30,4%
	5: Sempre	6	26,1%
Os preliminares são satisfatórios e agradáveis para si e para a sua parceira?	0: Nunca	2	10,5%
	1: Raramente	0	0,0%
	2: Algumas vezes	0	0,0%
	3: 50% das vezes	2	10,5%
	4: Maioria das vezes	7	36,8%
	5: Sempre	8	42,1%
A sua performance sexual é afetada pela satisfação da sua parceira?	0: Nunca	4	21,1%
	1: Raramente	4	21,1%
	2: Algumas vezes	1	5,3%
	3: 50% das vezes	1	5,3%
	4: Maioria das vezes	2	10,5%
	5: Sempre	7	36,8%
Consegue manter uma ereção suficiente para completar uma atividade sexual satisfatória?	0: Nunca	1	5,6%
	1: Raramente	2	11,1%
	2: Algumas vezes	0	0,0%
	3: 50% das vezes	0	0,0%
	4: Maioria das vezes	7	38,9%
	5: Sempre	8	44,4%
Após estimulação sexual, a sua ereção é forte o suficiente para ter uma relação sexual satisfatória?	0: Nunca	1	5,6%
	1: Raramente	2	11,1%
	2: Algumas vezes	0	0,0%
	3: 50% das vezes	1	5,6%
	4: Maioria das vezes	6	33,3%
	5: Sempre	8	44,4%

Vertebral trauma and sexuality -a survey research

Quociente sexual masculino (0: nunca; 5: sempre)	N	%	
Consegue de forma consistente ter e manter uma ereção sempre que tem atividade sexual?	0: Nunca	2	11,1%
	1: Raramente	2	11,1%
	2: Algumas vezes	2	11,1%
	3: 50% das vezes	0	0,0%
	4: Maioria das vezes	7	38,9%
	5: Sempre	5	27,8%
Consegue controlar a ejaculação de forma à atividade sexual durar o tempo que pretende?	0: Nunca	8	44,4%
	1: Raramente	3	16,7%
	2: Algumas vezes	1	5,6%
	3: 50% das vezes	1	5,6%
	4: Maioria das vezes	4	22,2%
	5: Sempre	1	5,6%
Consegue atingir o orgasmo?	0: Nunca	6	33,3%
	1: Raramente	4	22,2%
	2: Algumas vezes	0	0,0%
	3: 50% das vezes	0	0,0%
	4: Maioria das vezes	1	5,6%
	5: Sempre	7	38,9%
A sua performance sexual encoraja-o a apreciar o sexo mais frequentemente?	0: Nunca	2	11,1%
	1: Raramente	3	16,7%
	2: Algumas vezes	1	5,6%
	3: 50% das vezes	0	0,0%
	4: Maioria das vezes	5	27,8%
	5: Sempre	7	38,9%

Resultados apresentados no formato frequência (n) e percentagem (%) para as variáveis categóricas e mediana e quartis (Q1 – Q3) para as variáveis contínuas ou ordinais; α corresponde ao alfa de Cronbach calculado para as 10 questões avaliadas.

Anexos

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética



Comissão de Ética
Universidade da Beira Interior

comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2024-079-ID2733

Na sua reunião de 17 de setembro de 2024, a Comissão de Ética apreciou a documentação submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Vertebral Trauma and Sexuality – a survey research**”, da proponente **Marta Alexandra Pinto Moreira**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2024-079.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, pelo que esta Comissão de Ética emite um parecer **favorável** à realização do projeto, nos moldes descritos naquela documentação.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **AMÉLIA MARIA MONTEIRO
FERNANDES NUNES**
Num. de Identificação: 81102417849
Data: 2024.09.23 12:03:21+01'00'



(Professora Doutora Amélia Maria Monteiro Fernandes Nunes)

(Professora Associada)

A CE-UBI e a UBI não se responsabilizam por danos ou outros atos ilícitos que possam vir a ser praticados no âmbito do estudo. As opiniões e conclusões contidas nos documentos resultantes desta investigação são da exclusiva responsabilidade dos autores do projeto.

Anexo 2 – Consentimento Informado e Questionário

Vertebral Trauma and Sexuality – a survey research



FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

INVESTIGADORES: MARTA ALEXANDRA PINTO MOREIRA; MÁRIO JOSÉ PEREIRA LOURENÇO;

TÍTULO: VERTEBRAL TRAUMA AND SEXUALITY – A SURVEY RESEARCH | TRAUMATISMO VERTEBRAL E SEXUALIDADE - UM INQUÉRITO

Eu,

declaro ter sido convidado(a) para participar como voluntário(a) no estudo: *VERTEBRAL TRAUMA AND SEXUALITY- A SURVEY RESEARCH (TRAUMATISMO VERTEBRAL E SEXUALIDADE - UM INQUÉRITO)* projeto integrante da Tese de Mestrado de Medicina da aluna Marta Alexandra Pinto Moreira, da FCS-UBI, orientada pelo Dr. Mário Lourenço, pelo que assino o presente documento de consentimento informado, declarando que nele **ACEITO** participar, que me foram explicitados os objetivos do trabalho, bem como as informações relativas à sua execução. O participante terá que preencher um breve questionário relativo à sua sexualidade após a lesão medular

A equipa de investigação é composta pela aluna Marta Alexandra Pinto Moreira, aluna do 6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina (contacto eletrónico: a44011@fcsaude.ubi.pt), na Universidade da Beira Interior pelo Dr. Mário Lourenço, Médico Urologista do Instituto Português de Oncologia (IPO) de Coimbra (contacto eletrónico: mariolourenco88@gmail.com). O questionário será preenchido pela investigadora principal, Marta Moreira, na presença do participante, sobre supervisão do médico assistente, não existindo qualquer conflito de interesses a declarar pelos investigadores.

Assim, declaro ter tomado conhecimento dos seguintes pressupostos:

- i. A importância deste estudo:
 - a. Estudar as perspetivas do doente em recuperação pós trauma medular sobre a sua sexualidade.
 - b. Avaliar a capacidade erétil nos doentes com trauma medular recente.
 - c. Avaliar os efeitos psicológicos do trauma medular no que concerne à sexualidade.
- ii. Este estudo terá início em Outubro de 2024;
- iii. Participarei respondendo a um questionário do qual não tenho dúvidas de preenchimento;
- iv. A minha participação será acompanhada pelos responsáveis do projeto.
- v. A qualquer momento poderei recusar a continuidade da minha participação, sem que tal me traga qualquer prejuízo.
- vi. As informações alcançadas através da minha participação não permitirão a minha identificação, exceto aos responsáveis do estudo e a sua divulgação só será feita no âmbito científico do trabalho.
- vii. A minha participação no estudo é voluntária e não acarreta nenhum benefício, nem riscos associados;



- viii. Terei direito, se por mim solicitado, a ver respondidas as minhas questões clínicas sobre o tema do trabalho juntos dos responsáveis.

Por fim, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi transmitido acerca da minha participação no supramencionado estudo, estando consciente dos meus direitos e responsabilidades, riscos e benefícios que a minha participação implica, **ACEITO participar no mesmo, dando o meu consentimento sem que para isso tenha sido forçado (a) ou obrigado (a).**

Nome da utente (legível)

Assinatura da utente

Local e data

_____, / _____ / **2024**

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza e os objetivos do trabalho.

Assinatura dos investigadores:

Data: _____ / _____ / _____

CONTACTO DOS INVESTIGADORES PRINCIPAIS:

mariolourenco88@gmail.com

a44011@fcsaude.ubi.pt



QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMA VERTEBRAL E SEXUALIDADE

Dados demográficos

1. Nome (apenas para uso estatístico, não será divulgado a terceiros):

2. Idade: _____
3. Género: Masculino Feminino Outro: _____
4. Orientação sexual: _____
5. Número de filhos: _____
6. Estado civil:
Solteiro(a) UF Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viúvo(a)
7. Habilitações:
Sem escolaridade Ens. básico Ens. secundário Ens. superior Pós-licenciatura
8. Situação profissional ANTES da lesão:
Estudante Empregado(a) Desempregado(a) Reformado(a) Inválido(a)
9. Situação profissional DEPOIS da lesão:
Estudante Empregado(a) Desempregado(a) Reformado(a) Inválido(a)
10. Com quem habita:
Pais Apenas o(a) próprio(a) Companheiro(a) Companheiro(a) e filhos Amigos
Em comunidade
11. Religião: Crente praticante Crente não praticante Não crente
12. Data do traumatismo: _____
13. Idade (aquando da lesão): _____
14. Motivo do traumatismo: _____
15. Patologia vertebral: _____
16. Nível da lesão: _____
17. Secção: Completa Incompleta
18. Está algaliado(a)? Sim Não
19. Consegue mover-se sem auxílio? Sim Não
20. Tem sensibilidade a nível dos genitais? Sim Não
21. Diagnóstico PASSADO (anterior à lesão) de:
Ansiedade? Depressão? Disfunção sexual?
22. Diagnóstico ATUAL (após a lesão) de:
Ansiedade? Depressão? Disfunção sexual?



Parte I

Sexualidade

1. Já tinha pensado sobre a sua recuperação sexual? *Sim* *Não*
2. Já tinha falado com algum profissional sobre a sua função sexual? *Sim* *Não*
3. De 0 a 5, que importância dá neste momento à recuperação sexual? _____
Nota: (0 – nenhuma importância; 5 – máxima importância)
4. Já pensou sobre a questão da fertilidade? *Sim* *Não*
5. Está neste momento numa relação afetiva (amorosa)? *Sim* *Não*
 - a. *Se sim:*
 - i. Há quanto tempo? _____.
 - ii. Com interação sexual? *Sim* *Não*
 - b. *Se não:*
 - i. Nunca tive uma relação amorosa com interação sexual;
 - ii. Já tive uma relação amorosa com interação sexual;
 - Quanto tempo durou essa relação sexual: _____
6. Qual é o seu grau de satisfação quanto à vida em geral?
Ausente *Baixo* *Médio* *Bom* *Não Respondo*
7. Qual é o seu grau de satisfação quanto à sua sexualidade?
Ausente *Baixo* *Médio* *Bom* *Não Respondo*
8. Qual é o seu grau de satisfação quanto à sua interação social?
Ausente *Baixo* *Médio* *Bom* *Não Respondo*
9. Como percebe a sua capacidade de suscitar atração física?
Ausente *Baixa* *Média* *Boa* *Não Respondo*
10. Como classifica a frequência de contactos de afeto (beijar, abraçar, acariciar), coito, sexo oral e masturbação?
Ausente *Baixo* *Médio* *Bom* *Não Respondo*
11. Tem fantasias sexuais? *Sim* *Não*
12. Tem sonhos eróticos? *Sim* *Não*



Parte II

O seguinte questionário é exclusivo para o género masculino, se é do género feminino, avance por favor, para a PARTE III.

1. **Tem ereções noturnas?** Sim Não
2. **Tem ereções matinais?** Sim Não
3. **Consegue provocar uma ereção espontaneamente?** Sim Não

4. **Quociente Sexual Masculino**

Responda a este questionário com base nos últimos 6 meses, utilizando a seguinte escala:

- 0 – nunca;
- 1 – raramente;
- 2 – algumas vezes;
- 3 – aproximadamente 50% das vezes;
- 4 – maioria das vezes;
- 5 – sempre.

Leia atentamente as seguintes questões e assinale a opção que mais se adequar:

- a. O seu desejo sexual é forte o suficiente para o encorajar a iniciar relações sexuais?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---
- b. Sente-se confiante na sua capacidade de sedução?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---
- c. Os preliminares são satisfatórios e agradáveis para si e para a sua parceira?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---
- d. A sua performance sexual é afetada pela satisfação da sua parceira?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---
- e. Consegue manter uma ereção suficiente para completar uma atividade sexual satisfatória?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---
- f. Após estimulação sexual, a sua ereção é forte o suficiente para ter uma relação sexual satisfatória?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---
- g. Consegue de forma consistente ter e manter uma ereção sempre que tem atividade sexual?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---
- h. Consegue controlar a ejaculação de forma à atividade sexual durar o tempo que pretende?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---
- i. Consegue atingir o orgasmo?

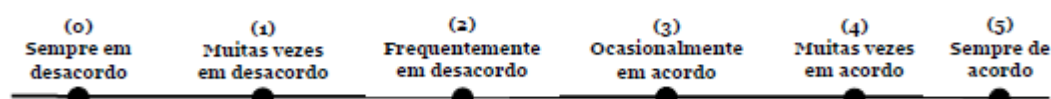
0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---
- j. A sua performance sexual encoraja-o a apreciar o sexo mais frequentemente?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

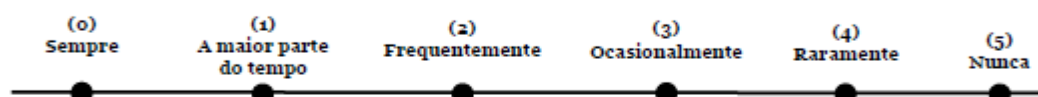
Parte III (m/f)

Na relação conjugal, é comum a ocorrência de acordos e desacordos. Por favor, indique abaixo uma estimativa aproximada do grau de concordância e discordância entre si e o seu parceiro(a) para cada um dos seguintes itens, considerando a fase anterior e posterior ao seu diagnóstico.

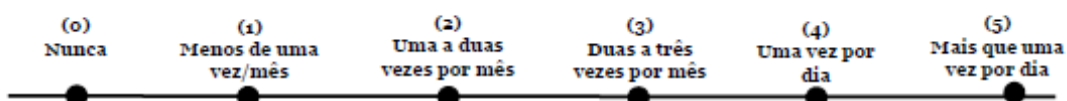
Nota: Se atualmente não tem um parceiro(a), mas já teve, recorde os níveis de acordo e desacordo dessa altura.



	ANTES DA LESÃO						DEPOIS DA LESÃO
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Escolha a opção mais adequada
Religião							
Demonstrações de afeto							
Tomada de grandes decisões							
Relações sexuais							
Costumes (comportamento correto ou apropriado)							
Decisões de carreira							



	ANTES DA LESÃO						DEPOIS DA LESÃO
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Escolha a opção mais adequada
Com que frequência discutem a possibilidade de terminar a relação?							
Com que frequência discutem entre si?							
Alguma vez se sentiu arrependido(a) por ter iniciado esta relação?							
Com que frequência se irritam um com o outro?							



	ANTES DA LESÃO					DEPOIS DA LESÃO	
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Escolha a opção mais adequada
Você e o(a) seu/sua companheiro(a), partilham os mesmos interesses? (e.g. lazer) Nota: (0) Nenhum; (1) Poucos; (2) Alguns; (3) A maioria; (4) Todos						-	
Com que frequência, têm conversas estimulantes e interessantes?							
Com que frequência, trabalham juntos um mesmo projeto?							
Com que frequência, discutem calmamente um assunto?							

FIM

Obrigado pela sua participação!