

# O perfil e as adaptações sexuais de homens após a lesão medular

## *Sexual profile and adaptations of men after spinal cord injury*

Bianca Teixeira Costa<sup>1</sup>, Larissa Amaral Torrecilha<sup>1</sup>, Simone Antunes Paloco<sup>2</sup>, Joice Maria Victoria de Assunção Spricigo<sup>3</sup>, Roger Burgo de Souza<sup>4</sup>, Suhaila Mahmoud Smaili Santos<sup>4</sup>

### RESUMO

Lesão medular (LM) consiste em qualquer tipo de lesão nos elementos neurais do canal medular, acarretando inúmeros comprometimentos, sendo a alteração nos padrões da resposta sexual um deles, condicionada por fatores físicos, psíquicos e sociais. Em função destas alterações, os pacientes necessitam realizar adaptações sexuais para manterem a atividade sexual. **Objetivo:** Verificar o perfil e adaptações sexuais de homens após a LM e associar o diagnóstico neurofuncional com frequência sexual, ereção, uso de adaptação, tipo de adaptação, e a utilização de adaptação com frequência e satisfação sexual após a lesão. **Método:** Trata-se de um estudo transversal com 36 homens lesados medulares que foram entrevistados por meio do questionário (QSH-LM). **Resultados:** Média de idade é 36,64 anos com prevalência decorrente de acidente de trânsito, de paraplegia e de lesão medular completa. Após a LM, 52,8% estão casados, 75,5% mantém atividade sexual sendo que 44,4% têm menos de 1 relação sexual/semana, 80,6% estão satisfeitos sexualmente, 50,0% têm ereção, 38,9% ejaculação e 44,4% orgasmo. Quanto ao uso de adaptação para ter/manter a ereção, 61,1% utilizam, sendo 25,5% por não conseguirem manter a ereção e 22% optam pelo anel peniano. Houve associação significativa de que paraplégicos utilizam adaptações com mais frequência e preferem o anel peniano e pacientes que utilizam adaptação sexual tem maior frequência sexual e estão satisfeitos sexualmente ( $p = 0,02$ ). **Conclusão:** Através deste trabalho podem-se conhecer o perfil sexual dos pacientes após a LM e as adaptações sexuais mais utilizadas, resultados que subsidiam informações que poderão auxiliar os profissionais de saúde a acompanharem e orientarem de maneira adequada os seus pacientes.

**Palavras-chave:** Traumatismos da Medula Espinal, Comportamento Sexual, Homens

### ABSTRACT

Spinal cord injury (SCI) refers to any type of injury to the neural elements of the spinal canal, resulting in countless damages, one of them being the change in patterns of sexual response, conditioned by physical, psychological, and social aspects. Due to these changes, patients need to make adjustments to maintain sexual activity. **Objective:** To verify the sexual profile and adaptations of men after SCI and to associate the neurofunctional diagnosis with sexual frequency, erection, use and type of adaptation, and the use of adaptation with sexual frequency and sexual satisfaction. **Method:** Cross-sectional study with 36 men with spinal cord injuries. They were interviewed with the (QSH-LM) questionnaire. **Results:** The mean age was 36.64 years old with the majority of injuries stemming from traffic accidents, resulting in paraplegia or complete injury. After the SCI, 52.8% of the subjects remained married, 75.5% maintained sexual activity, whereas 44.4% have less than one intercourse/week, 80.6% are sexually satisfied, 50% have erection, 38.9% ejaculation, and 44.4% orgasm. Regarding the use of adaptations to achieve and maintain an erection, 61.1% of the subjects use them, 25.5% because they fail to maintain an erection and 22% have opted for the penis ring. There was a significant association between paraplegics who use adjustments more frequently and prefer the penis ring and patients who use sexual adaptations having greater sexual frequency and being sexually satisfied ( $p = 0.02$ ). **Conclusion:** Through this work it is possible to know the sexual profile of patients after SCI and the most used sexual adaptations. These results support the information that might assist healthcare professionals to monitor and guide their patients properly.

**Keywords:** Spinal Cord Injuries, Sexual Behavior, Men

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Residente em Fisioterapia Neurofuncional Adulto, Universidade Estadual de Londrina - UEL.

<sup>2</sup> Acadêmica de Fisioterapia, Universidade Estadual de Londrina - UEL.

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, Graduada Universidade Estadual de Londrina - UEL.

<sup>4</sup> Docente do Curso de Fisioterapia, Graduada Universidade Estadual de Londrina - UEL.

Endereço para correspondência:  
Universidade Estadual de Londrina  
Bianca Teixeira Costa  
Avenida Gil de Abreu Souza, 5000  
Condomínio Golden Hill, Quadra 05, Lote 28  
Londrina - PR  
CEP 86058-100  
E-mail: biatcosta@hotmail.com

Recebido em 29 de Maio de 2014.

Aceito em 05 Dezembro de 2014.

DOI: 10.5935/0104-7795.20140035

## INTRODUÇÃO

Lesão medular (LM) consiste em qualquer tipo de lesão que ocorra nos elementos neurais do canal medular, podendo causar perda parcial ou total da motricidade voluntária e/ou sensibilidade, além do comprometimento nos sistemas urinário, intestinal, respiratório, circulatório, sexual e reprodutivo.<sup>1,2,3</sup> Sabe-se que as alterações funcionais decorrentes da LM variam de um indivíduo para o outro, de acordo com o tipo da lesão, do segmento e das vias nervosas e neurônios da medula envolvidos.<sup>4</sup> A prevalência mundial é estimada entre 900 a 950 casos/milhão de indivíduos, enquanto a incidência anual varia entre 30 a 40 casos/milhão de indivíduos.<sup>5</sup> No Brasil, 130 mil indivíduos são portadores de LM<sup>6</sup> e estima-se a ocorrência de cerca de 40 novos casos por milhão de habitantes, somando de 6 a 8 mil casos por ano.<sup>5</sup> O gênero masculino é o mais atingido afetando principalmente adultos jovens.<sup>7,8</sup>

Segundo a *American Spinal Injury Association* (ASIA) pacientes com LM podem ser classificados a partir do tipo da lesão, esta podendo ser completa quando atinge todas as vias motoras e sensitivas, e incompleta quando compromete somente algumas vias motoras e/ou sensitivas.<sup>2,8</sup> De acordo com o segmento medular acometido, as lesões que ocorrem nos segmentos torácico, lombar ou sacral desencadeiam quadros de paraplegias ou paraparesias, levando a comprometimentos motores e/ou sensitivos em tronco e membros inferiores ou apenas nos membros inferiores, e as lesões nos segmentos medulares cervicais acarretam casos de tetraplegias ou tetraparesias, com alterações motoras e/ou sensitivas com repercussões no tronco e membros superiores e inferiores, comprometendo a integridade física de forma geral.<sup>8,9</sup>

Em função da perturbação nas vias nervosas além das alterações neuromotoras evidentes há a alteração nos padrões autonômicos da resposta sexual, esta dependendo do segmento e do tipo da lesão, condicionada por fatores físicos, psíquicos e sociais.<sup>7,10</sup> Poderão ser observadas dificuldade no alcance e na manutenção da ereção, a ejaculação pode estar impedida ou tornar-se retrógrada e a sensação de orgasmo diminuída ou abolida.<sup>10,11</sup> A diminuição da sensibilidade na área genital ou a ausência da mesma contribui de maneira direta para a ocorrência destes comprometimentos.<sup>7</sup> A pessoa com LM tem o impulso sexual integralmente preservado,<sup>12,13</sup> porém em virtude do grande choque psicológico gerado pela lesão em função a série de mudanças na

aparência e no funcionamento do corpo, o desejo pode mostrar-se reprimido.<sup>7,14,15</sup>

Em decorrência as alterações geradas nos padrões da resposta sexual, estes pacientes necessitam se readaptar sexualmente para manter a atividade sexual.<sup>11,15</sup> Como tratamento médico primário para a disfunção erétil é indicado a medicação por via oral, porém quando o objetivo não for alcançado a medicação por via intravenosa é outra alternativa.<sup>15</sup> Além da medicação existem outros recursos como o anel peniano e a prótese peniana, sendo esta última uma intervenção de caráter irreversível.<sup>11,15</sup> Para o tratamento da ejaculação podem ser utilizados a injeção intratecal e a subcutânea, a eletroestimulação transretal e a eletrovibração peniana.<sup>11,15</sup>

As adaptações sexuais são indispensáveis após a LM, pois por mais que o impulso sexual possa permanecer oculto no desequilíbrio emocional subsequente à lesão, todos os pacientes, dentro de poucas semanas, ou meses, terão sua atenção voltada também para a atividade sexual.<sup>12,16</sup>

## OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo verificar o perfil e as adaptações sexuais de homens após a LM e associar o diagnóstico neurofuncional com a frequência sexual, a ereção, o uso de adaptação e o tipo de adaptação, e a utilização de adaptação com a frequência sexual e a satisfação sexual após a LM de pacientes atendidos no serviço de Fisioterapia Neurofuncional do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina/PR (HU/UUEL).

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com 36 pacientes do gênero masculino; idade igual ou acima de 18 anos; diagnóstico de lesão medular, classificados em tetraplegia ou paraplegia conforme padronização da ASIA; com lesão há no mínimo seis meses; atendidos no ambulatório de fisioterapia neurofuncional do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU/UUEL), no Paraná, no período de fevereiro de 2012 a outubro de 2012. Não foram incluídos no estudo indivíduos analfabetos, em fase de choque medular, com disfunção sexual prévia a LM, tetraparéticos ou paraparéticos, com outras patologias associadas a LM como traumatismo crânio encefálico e mielopatias a esclarecer, com hipótese diagnóstica de lesão medular e com síndromes medulares.

A coleta de informações foi realizada por meio de dois questionários. O primeiro foi o Questionário de Sexualidade Humana na Lesão Medular (QSH-LM).<sup>11</sup> O instrumento é composto por 67 questões abertas e fechadas e foi desenvolvido em três partes. A primeira parte é composta pela Anamnese que visa obter informações pessoais do indivíduo bem como as características da lesão. A segunda parte é formada por questões que contemplam informações do período pré-lesão com quatro blocos de perguntas sobre: Prática Sexual, abordando a prática da relação sexual e a frequência desta; Orientação Sexual, relacionada a vontade/desejo de fazer sexo; Satisfação Sexual, interrogando a presença da satisfação durante a atividade sexual; e Resposta Sexual, abordando quanto a existência de ereção, ejaculação e orgasmo além do questionamento do uso de alguma adaptação para contribuir para o início e manutenção da ereção. A última parte é referente ao período pós-lesão que além dos quatro blocos já citados, consta de perguntas sobre Aconselhamento Sexual, contendo questões a respeito do recebimento de orientações sobre as alterações da resposta sexual após a LM, como estas podem ser minimizadas e se a orientação melhoraria a qualidade da vida sexual; e Ajuste Sexual com questionamentos em relação ao quanto o paciente se ajustou em termos físicos e psicológicos e o quanto se adaptou a nova situação. Para este estudo foram analisadas somente 14 questões fechadas, selecionadas de acordo com o objetivo deste estudo.

O segundo questionário também abordou os dois períodos da vida do indivíduo, pré e pós-lesão, sendo composto por quatro questões fechadas buscando a coleta de informações referentes as adaptações sexuais específicas utilizadas e o motivo da utilização durante a atividade sexual.

Todos os participantes inicialmente assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e então receberam os questionários em um envelope opaco e lacrado e foram orientados a preenchê-lo em sua residência e devolvê-lo quando conveniente, sem identificação, em uma urna disponibilizada em seu local de atendimento.

As variáveis quantitativas foram apresentadas por média e desvio padrão após a aplicação do teste de normalidade Shapiro Wilk. Para responder os objetivos do estudo foram calculadas as frequências relativas e absolutas e para associar o diagnóstico neurofuncional com frequência sexual, ereção, uso de adaptação, tipo de adaptação, e a utilização de adaptação com a frequência sexual e a satisfação

sexual pós-lesão foi utilizado o teste Qui-quadrado e o teste Exato de Fisher. Os resultados foram demonstrados por meio de tabelas. Todos os testes foram realizados no nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ) e os dados foram tabulados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*®, versão 17.0 para Windows.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina - UEL com o parecer 260/10 - Grupo de Pesquisa: Avaliação e intervenção em Fisioterapia cadastrado no Conselho Nacional de Pesquisa (CNPQ).

## RESULTADOS

A média de idade dos 36 homens foi de  $36,64 \pm 9,95$  anos, dos quais 26 (72,2%) são paraplégicos e 20 (55,6%) têm lesão medular completa. O tempo médio de LM foi de  $9,34 \pm 7,31$  anos, sendo a principal causa o acidente de trânsito acometendo 17 (47,2%) indivíduos (Tabela 1).

Em relação ao estado civil, 19 (52,8%) pacientes são casados, sendo a maioria, e somente 03 (8,3%) são separados (Tabela 2).

Após a LM 27 (75,0%) pacientes mantêm vida sexual ativa, sendo que 16 (44,4%) têm relação sexual menos de 1 vez por semana (Tabela 3).

Correspondente à satisfação sexual, 29 (80,6%) pacientes sentem-se satisfeitos após a LM e 07 (19,4%) estão insatisfeitos.

Em relação à resposta sexual, após a LM 18 (50,0%) pacientes têm ereção espontânea, 14 (38,9%) ejaculação e 16 (44,4%) orgasmo (Tabela 4).

Quanto ao uso do recurso artificial para ter/manter a ereção após a LM 22 (61,1%) pacientes utilizam-se dos mesmos, sendo que a maioria optou pelo anel peniano (22,2%) e pelo medicamento via oral (19,4%), desses, 9 (25,0%) por não conseguirem manter a ereção (Tabela 5).

Quanto à associação entre o diagnóstico neurofuncional com a frequência sexual e com a ereção não houve diferença estatisticamente significativa com  $p = 0,50$  e  $p = 0,45$ , respectivamente. Porém houve associação estatisticamente significativa de que paraplégicos utilizam adaptações com mais frequência ( $p < 0,01$ ) e preferem utilizar o anel peniano como adaptação ( $p < 0,01$ ). Também houve associação estatisticamente significativa de que lesados medulares que utilizam adaptação sexual aumentam a sua frequência sexual ( $p = 0,03$ ) e estão satisfeitos sexualmente ( $p = 0,02$ ) (Tabela 6).

**Tabela 1.** Características dos pacientes

	Frequência	%
Diagnóstico neurofuncional		
Paraplegia	26	72,2
Tetraplegia	10	27,8
Tipo de lesão medular		
Completa	20	55,6
Incompleta	16	44,4
Etiologia da lesão medular		
Acidente de trânsito	17	47,2
Ferimento por arma de fogo	13	36,1
Acidente de trabalho	03	8,3
Mergulho em águas rasas	02	5,6
Quedas	01	2,8

**Tabela 2.** Estado civil dos pacientes após a lesão medular

	Frequência	%
Casado	19	52,8
Solteiro	09	25,0
União estável	05	13,9
Separado	03	8,3

**Tabela 3.** Prática sexual dos pacientes após a lesão medular

	Frequência	%
Vida sexual ativa		
Sim	27	75,0
Não	09	25,0
Frequência sexual		
Menos de 1 vez por semana	16	44,4
2 vezes por semana	10	27,8
1 vez por semana	04	11,1
3 vezes por semana	03	8,3
7 vezes por semana	02	5,6
5 vezes por semana	01	2,8

**Tabela 4.** Resposta sexual dos pacientes após a lesão medular

	Frequência	%
Ereção espontânea		
Sim	18	50,0
Não	18	50,0
Ejaculação		
Sim	14	38,9
Não	22	61,1
Orgasmo		
Sim	16	44,4
Não	20	55,6

**Tabela 5.** Utilização de adaptações dos pacientes após a lesão medular

	Frequência	%
Adaptação para iniciar/manter ereção		
Utiliza	22	61,1
Não utiliza	14	38,9
Adaptação utilizada para iniciar/manter ereção		
Não utiliza	14	38,9
Anel peniano	08	22,2
Medicamento via oral	07	19,4
Prótese peniana	04	11,1
Medicamento via intravenosa	02	5,6
Medicamento via oral + via intravenosa	01	2,8
Motivo pelo qual fez escolha de adaptação		
Não utilizo	14	38,9
Não conseguia manter a ereção	09	25,0
Outros	09	25,0
Não estava satisfeito com a qualidade da ereção	03	8,3
Não conseguia iniciar a ereção	01	2,8

**Tabela 6.** Associação entre o diagnóstico neurofuncional com a frequência sexual, ereção, uso de adaptação e tipo de adaptação após a lesão medular, entre a utilização de adaptação com frequência sexual e satisfação sexual

Variáveis	Qui-quadrado	Valor de p	Fisher
Diagnóstico neurofuncional			
Frequência sexual	4,34	0,50	---
Ereção	0,55	0,45	0,35
Adaptação	8,81	< 0,01*	< 0,01*
Tipo de adaptação - anel peniano	15,70	< 0,01*	---
Uso de adaptação			
Frequência sexual	11,75	0,03*	---
Satisfação sexual	5,53	0,19	0,02*

\* estatisticamente significativo

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo demonstram que maioria dos indivíduos com LM são jovens, com paraplegias lesões medulares completas. Dados similares foram encontrados no trabalho de Silva et al.<sup>4</sup> onde a média de idade foi de 36 anos, sendo que 85,1% dos indivíduos eram paraplérgicos e 66,2% tinham lesão completa. Outros estudos também estão em conformidade, demonstrando a média de idade dos lesados medulares entre 30 e 40 anos<sup>17,18,19</sup> e a prevalência de paraplegia e lesões completas.<sup>8,20,21</sup> Por outro lado, Dahlberg et al.<sup>22</sup> evidenciaram em seu estudo a tetraplegia (51%) e as lesões incompletas (52%) como sendo a maioria, após entrevistados 92 pacientes. As principais causas de LM apresentadas no atual estudo foram os acidentes automobilísticos seguido pelos ferimentos

por arma de fogo. Conceição et al.<sup>20</sup> e Custódio et al.<sup>21</sup> demonstraram resultados semelhantes, sendo as mesmas variáveis como as principais causas. Dados diferentes foram encontrados por Brito et al.<sup>23</sup> que relatou a queda (42,6%) como causa principal. A literatura atual afirma que a maioria das vítimas de LM são homens atingidos em sua fase mais produtiva da vida, este fato pode ser explicado em virtude da etiologia das lesões traumáticas, decorrentes principalmente do crescente aumento dos acidentes e violências, os quais homens jovens estão mais expostos.<sup>4,18,20</sup>

Neste como em outros estudos, o estado civil de casado foi prevalente dentre os lesados medulares,<sup>7,24</sup> porém, existem outros que trazem dentre os solteiros.<sup>9,15,25</sup> Autores afirmam que pessoas com LM casam com uma taxa menor que a população em geral, podendo ser devido ao decréscimo na quantidade de

contato social.<sup>11</sup> Outro estudo afirma que após casados um dos preditores que se associou positivamente com a duração do matrimônio após a LM é a avaliação positiva do estado de saúde e o segundo o maior nível de integração social e ao contrário do que era esperado não foi encontrado relação com o nível neurológico da lesão, o nível de independência funcional e o grau de independência na locomoção para o desenvolvimento de atividades cotidianas não demonstrando qualquer relação com a manutenção ou não do vínculo conjugal.<sup>25</sup>

No atual estudo, a grande maioria dos indivíduos tem vida sexual ativa após o trauma. Reitz et al.<sup>26</sup> afirmam que dos 47 participantes inclusos em sua pesquisa, 27 (57,5%) relatam ter relações sexuais após a LM. Outro estudo traz que 76% dos homens afirmam ter tido relação sexual desde a LM e que um total de 68% haviam sido sexualmente ativos durante os últimos 12 meses.<sup>22</sup> Apesar da maioria dos participantes terem vida sexual ativa, estudos trazem que a frequência sexual após a LM diminui.<sup>13,26-29</sup> Um outro estudo traz dois motivos em especial para a redução da frequência sexual, as limitações físicas e a diminuição na habilidade sexual.<sup>11</sup>

Quanto à satisfação sexual, no presente estudo, a maioria sente-se satisfeito após a LM, este resultado foi superior ao encontrado por Mendes et al.<sup>30</sup> que afirma que no período pós-lesão 19 (47,5%) homens estão satisfeitos sexualmente. Este e outros estudos trazem que após a LM os homens permanecem satisfeitos sexualmente.<sup>6,11,26,31,32</sup> Alguns autores consideram que a ocorrência da satisfação sexual implica maior número de correlações com fatores psicológicos do que com fisiológicos.<sup>7</sup> Dentre os fatores fisiológicos e psicológicos descritos estão: perda de sensibilidade e motilidade, inexistência no controle dos esfínteres, dificuldade em atingir o orgasmo e baixa auto-estima.<sup>7,33</sup>

A literatura afirma que o orgasmo e a ejaculação são mais vulneráveis que a ereção, alocados em uma sequência hierárquica na seguinte ordem (mais afetado-menos afetado): orgasmo, ejaculação e ereção,<sup>11</sup> diferente do encontrado neste estudo: ejaculação, orgasmo e ereção. Próximo ao resultado desta pesquisa, um estudo<sup>34</sup> afirma que 60,0% dos pacientes haviam recuperado a função da ereção após a LM, já Ramos et al.<sup>35</sup> encontrou que 80,0% dos pacientes apresentam ereção após a LM. A ereção depende de uma combinação da ação reflexa e psicogênica e essas estando comprometidas na LM alterarão a resposta erétil destes pacientes bem como a participação dos fatores psicológicos.<sup>7,34</sup>

Semelhante a este estudo, Reitz et al.<sup>26</sup> relatam que 36% dos homens são capazes de ejacular após a LM. Em contrapartida, outro estudo traz que somente 15% dos homens apresentam ejaculação após a LM.<sup>35</sup> Discordante com a atual e demais pesquisas citadas, um estudo afirma que na maioria dos pacientes com LM a função da ereção e da ejaculação está preservada.<sup>36</sup> A ejaculação - saída do líquido seminal pela uretra para o meio externo - que tem seu comando localizado nos segmentos S2-S3-S4, depende não só da integridade da região sacral, mas também da região simpática encontrada entre T11 e L2 responsável pela emissão - saída do líquido seminal das vesículas seminais, próstata, canal deferente e colo vesical para dentro da uretra - e dos aspectos psicológicos que juntos contribuem de maneira ímpar para a ocorrência desta atividade, tratando-se de um mecanismo complexo que pode sofrer inúmeras alterações em função da LM.<sup>15</sup>

Concordante a atual pesquisa, Everaert et al.<sup>37</sup> afirmam que o orgasmo é visto em 40-50% dos lesados medulares. Garret et al.<sup>27</sup> encontraram que 74,3% dos participantes revelaram que após a ocorrência da lesão nunca mais voltaram a experimentar o orgasmo, nem algo que se assemelhasse. Um estudo suporta a primazia da hipótese de que os fatores envolvidos num orgasmo são majoritariamente de ordem subjetiva, estando mais relacionados com características cognitivas do que propriamente sensitivas.<sup>7</sup>

No presente estudo nota-se que houve adesão relativa para a utilização de dispositivos que auxiliem a estimulação/manutenção da ereção, semelhante a estudo prévio, onde relatou-se que 59,8% já usaram algum medicamento ou dispositivo para o reforço da ereção, dos quais 22,1% dos indivíduos já experimentaram um método, 18,6% tentaram dois métodos e 19,1% três ou mais métodos, sendo que entre os medicamentos, os por via oral foram os mais utilizados (49,2%) e entre os dispositivos, o anel peniano (20,1%) foi o preferido, coincidindo com a preferência deste.<sup>28</sup> No mesmo estudo, porém em uma entrevista realizada em um segundo momento foi encontrado que apenas 23,1% dos entrevistados permaneceram sem utilizar algum dispositivo durante o período, 28,6% optaram pelo uso de medicamentos via oral, 7,5% por medicamentos via intravenosa, 3,5% por anel peniano, 3% por bomba de vácuo, 1,5% por prótese peniana e 1% por outros recursos. Sendo que algumas pessoas (12,6%) usaram uma combinação de duas ou mais opções.<sup>28</sup> Em outra pesquisa a

preferência foi de 50% para bomba de vácuo e para medicamentos via intravenosa.<sup>29</sup> Estudos afirmam que a frequência do uso de próteses penianas vem diminuindo após o aperfeiçoamento dos medicamentos de via oral, sendo que neste estudo a minoria dos pacientes optaram pela prótese peniana, sendo a terceira opção entre os dispositivos.<sup>7,29</sup> Os meios terapêuticos utilizados para permitir a ereção e a relação sexual nos lesados medulares devem ser adequados ao tipo de dificuldade encontrada, dependendo do nível e extensão da lesão. A escolha da adaptação será por aquela que causar poucos efeitos colaterais e que apresentar respostas mais satisfatórias frente ao objetivo.<sup>7</sup>

Neste estudo não foi encontrada diferença estatisticamente significativa para a associação entre o diagnóstico neurofuncional com a frequência sexual e com a ereção peniana, assim como no estudo de Baasch<sup>11</sup> que associou as mesmas variáveis e não encontrou diferença estatística para ambas, frequência sexual e ereção. Acredita-se que os pacientes tetraplégicos possuem maiores dificuldades para a manutenção da ereção, do ponto de vista fisiológico, em função do acometimento do centro psicogênico na maioria dos casos. Era esperado que estes tivessem maior alteração da frequência sexual e da ereção após a LM e que paraplégicos apresentassem maior frequência sexual e menor acometimento para o início e manutenção da ereção. Relaciona-se este achado ao pequeno número de participantes do estudo.

Foi encontrada nesta pesquisa associação estatisticamente significativa de que paraplégicos utilizam adaptações com mais frequência e preferem utilizar o anel peniano como adaptação quando comparados a tetraplégicos. Justifica-se pelo fato dos pacientes paraplégicos apresentarem alterações menos incapacitantes, com menor repercussão na imagem corporal e na auto-estima o que pode acabar contribuindo para maior interesse na busca por novas formas de praticar a atividade sexual. A incapacidade motora dos membros superiores nos tetraplégicos também pode ser um fator limitante no uso de adaptações sexuais, pois estes podem necessitar do auxílio da parceira para a utilização das mesmas, o que pode acabar se tornando algo constrangedor e indesejado pelos pacientes. Em relação a preferência do anel peniano pelos paraplégicos entendemos que estes podem apresentar comprometimento do centro psicogênico da ereção o que fará que a fase da manutenção da ereção seja

menos duradoura necessitando desta adaptação para contribuir com esta fase, além de ser uma adaptação de fácil uso em função dos paraplégicos não apresentarem comprometimento da funcionalidade da mão.

Houve associação estatisticamente significativa de que os pacientes que utilizam adaptação sexual alteraram a sua frequência sexual e estão mais satisfeitos sexualmente. Ambos os fatos devem-se aos benefícios que as adaptações sexuais trazem aos indivíduos com LM, tornando a prática sexual mais agradável e até mais semelhante ao período pré-lesão voltando e a ser algo esperado e desejado pelos pacientes novamente, em função das expectativas voltarem a serem alcançadas.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que os indivíduos com LM em sua prevalência são jovens, com paraplegia e lesões completas, estas causadas na maioria das vezes por acidentes automobilísticos e estão casados. Mesmo após a LM os participantes mantêm vida sexual ativa, sendo a frequência de 1 vez por semana a mais prevalente e estão satisfeitos sexualmente. Que a ereção é a resposta sexual menos afetada, seguida do orgasmo e da ejaculação.

Quanto ao uso de recurso artificial para ter/manter a ereção, no período pós-lesão, houve adesão considerável dos pacientes, sendo que a maioria deles utiliza o recurso por não conseguir manter a ereção por tempo suficiente e preferem o anel peniano como adaptação. Paraplégicos utilizam adaptações com mais frequência e preferem o anel peniano. Pacientes que utilizam adaptação sexual aumentam sua frequência sexual e estão satisfeitos sexualmente.

Através deste trabalho podem-se conhecer o perfil dos pacientes após a LM e as adaptações sexuais utilizadas, resultados que subsidiam informações que poderão auxiliar os profissionais de saúde a acompanharem e orientarem de maneira adequada os seus pacientes. Sugere-se a criação de programas que forneçam aconselhamentos e esclareçam dúvidas através de palestras, reuniões em casais e cartilhas, demonstrando as alterações que ocorrem após a LM e os recursos de adaptação existentes. Preenchendo assim as lacunas de informações e trabalhando concomitantemente com os preconceitos e conflitos, podendo fazer ressurgir a confiança nos pacientes com LM para reassumir um papel sexual e social positivo.

## REFERÊNCIAS

1. Santino TA, Melo ES, Tito TLH, Sousa HLL, Barbosa VRN, Moreira CH. Intervenção fisioterapêutica associada à psicomotricidade em portadores de lesão medular. *Rev Conexão UEPG*. 2013;9(1):24-33.
2. Abreu LM, Batista LV, Pereira GCL, Fonseca LA, Kerppers II, Oliveira CS. Efeito do laser de baixa intensidade no trauma agudo medular: estudo Piloto. *ConScientiae Saúde*. 2011;10(1):11-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.5585/ConScientiaeSaude/2011/v10n1/2391>
3. Brunozi AE, Silva AC, Gonçalves LF, Veronezi RJB. Qualidade de vida na lesão medular traumática. *Neurocienc*. 2011;19(1):139-44.
4. Silva RA. Condições de funcionalidade de pessoas com lesão medular fundamentadas no índice de Barthel: proposta de intervenção de enfermagem [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2011.
5. Morais DF, Spotti AR, Cohen MI, Mussi SE, Melo Neto JS, Tognola WA. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo raquimedular atendidos em hospital terciário. *Coluna/Columna*. 2013;12(2):149-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512013000200012>
6. Magalhães MO, Souza ANB, Costa LOP, Pinto DS. Avaliação em pacientes com traumatismo raquimedular: um estudo descritivo e transversal. *ConScientiae Saúde*. 2011;10(1):69-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.5585/ConScientiaeSaude/2011/v10n1/2508>
7. Garrett AMR. Contributos para a reabilitação da sexualidade dos lesados medulares: elaboração de um programa reabilitador [Dissertação]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2011.
8. Santos JAT. Qualidade de vida e independência funcional de lesados medulares [Dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2010.
9. Dal Berto C, Barreto DBM. Pessoas com lesão medular traumática: as alterações biopsicossociais e as expectativas vividas. *Unoesc & Ciência*. 2011; 2(2):174-83.
10. Cavalcante KMH, Carvalho ZMF, Barsoba IV, Rolim AG. Vivência da sexualidade por pessoas com lesão medular. *Rev Rene*. 2008;9(1):27-35.
11. Baasch AKM. Sexualidade na lesão medular [Dissertação]. Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina; 2008.
12. Silva LCA, Albertini P. A reinvenção da sexualidade masculina na paraplegia adquirida. *Rev Depto Psicol - UFF*. 2007;19(1):37-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-80232007000100003>
13. Magalhães IMB. Influência da atividade física na sexualidade de indivíduos com lesão vértebro-medular [Dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2005.
14. Fernandes AC, Ramos ACR, Casalis MEP, Hebert SK. AACD medicina e reabilitação: princípios e prática. São Paulo: Artes Médicas; 2007.
15. Barbosa VRC. A vivência da sexualidade de homens com lesão medular adquirida [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2003.
16. Garrett AMR, Martins F, Teixeira Z. Da atividade sexual à sexualidade após uma lesão medular adquirida. *Rev Faculdade de Ciências da Saúde*. 2009;(6):152-61.
17. Medola FO, Busto RM, Marçal AF, Junior AA, Dourado AC. O esporte na qualidade de vida de indivíduos com lesão da medula espinhal: série de casos. *Rev Bras Med Esporte*. 2011;17(4):254-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922011000400008>
18. Lemes EC, Vasconcelos M, Riberto M. Caracterização clínica e das situações de fratura da coluna vertebral no município de Ribeirão Preto, propostas para um programa de prevenção do trauma raquimedular. *Coluna/Columna*. 2011;10(1):40-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512011000100007>
19. Fava JE. Traumatismo raquimedular: características clínicas e epidemiológicas de pacientes atendidos em hospital de alta complexidade em Campo Grande/MS [Dissertação]. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2011.
20. Conceição MIG, Auad JC, Vasconcelos L, Macêdo A, Bressanelli R. Avaliação da depressão em pacientes com lesão medular. *Rev Bras Ter Comp Cogn*. 2010;12(1/2):43-59.
21. Custódio NRO, Carneiro MR, Feres CC, Lima GHS, Jubé MRR, Watanabe LE, et al. Lesão medular no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER - GO). *Coluna/Columna*. 2009;8(3):265-8.
22. Dahlberg A, Alaranta HT, Kautiainen H, Kotila M. Sexual activity and satisfaction in men with traumatic spinal cord lesion. *J Rehabil Med*. 2007;39(2):152-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0029>
23. Brito LMO, Chein MBC, Marinho SC, Duarte TB. Avaliação epidemiológica dos pacientes vítimas de traumatismo raquimedular. *Rev Col Bras Cir*. 2011;38(5):304-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912011000500004>
24. Coura AS, França ISX, Enders BC, Barbosa ML, Souza JRS. Incapacidade funcional e associações com aspectos sociodemográficos em adultos com lesão medular. *Rev Latino-Am Enferm*. 2012; 20(1):84-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100012>
25. Vera RS. Resiliência, enfrentamento e qualidade de vida na reabilitação de indivíduos com lesão medular [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.
26. Reitz A, Tobe V, Knapp PA, Schurch B. Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life. *Int J Impot Res*. 2004;16(2):167-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijir.3901193>
27. Garrett A, Martins F, Teixeira Z. Programa de intervenção para a reabilitação da sexualidade numa população portuguesa de lesionados medulares. In: 7 Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia; 2010 Fev 4-6; Braga. Actas. Braga: Universidade do Minho; 2010. p.1410-21.
28. Anderson KD, Borisoff JF, Johnson RD, Stiens SA, Elliott SL. The impact of spinal cord injury on sexual function: concerns of the general population. *Spinal Cord*. 2007;45(5):328-37.
29. Deforge D, Blackmer J, Garritty C, Yazdi F, Cronin V, Barrowman N, et al. Male erectile dysfunction following spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*. 2006;44(8):465-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.sc.3101880>
30. Mendes AK, Cardoso FL, Savall ACR. Sexual satisfaction in people with spinal cord injury. *Sex Disabil*. 2008;26:137-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11195-008-9083-y>
31. Mona LR, Krause JS, Norris FH, Cameron RP, Kalichman SC, Lesondak LM. Sexual expression following spinal cord injury. *NeuroRehabilitation*. 2000;15(2):121-31.
32. Abramson CE, McBride KE, Konnyu KJ, Elliott SL; SCIRE Research Team. Sexual health outcome measures for individuals with a spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*. 2008;46(5):320-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.sc.3102136>
33. Sakellariou D, Sawada Y. Sexuality after spinal cord injury: the greek male's perspective. *Am J Occup Ther*. 2006;60(3):311-9.
34. Dimitriadis F, Karakitsios K, Tsounapi P, Tsambalas S, Loutradis D, Kanakas N, et al. Erectile function and male reproduction in men with spinal cord injury: a review. *Andrologia*. 2010;42(3):139-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1439-0272.2009.00969.x>
35. Ramos AS, Samsó JV. Specific aspects of erectile dysfunction in spinal cord injury. *Int J Impot Res*. 2004;16 Suppl 2:S42-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijir.3901242>
36. Alexander MS, Brackett L, Bodner D, Elliot S, Jackson A, Sonksen J. Measurement of sexual functioning after spinal cord injury: preferred instruments. *J Spinal Cord Med*. 2009;32(3):226-36.
37. Everaert K, de Waard WI, Van Hoof T, Kiekens C, Mulliez T, D'herde C. Neuroanatomy and neurophysiology related to sexual dysfunction in male neurogenic patients with lesions to the spinal cord or peripheral nerves. *Spinal Cord*. 2010;48(3):182-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2009.172>