



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

RUDINEY DA SILVA ARAUJO

A SEXUALIDADE DE ADULTOS COM LESÃO MEDULAR

Campina Grande

2018

RUDINEY DA SILVA ARAUJO

A SEXUALIDADE DE ADULTOS COM LESÃO MEDULAR

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Silva Coura

Campina Grande

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A659s Araújo, Rudiney da Silva.
A sexualidade de adultos com lesão medular [manuscrito] /
Rudiney da Silva Araújo. - 2018.
90 p. : il. colorido.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade
Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e
Pesquisa, 2019.
"Orientação : Prof. Dr. Alexsandro Silva Coura ,
Departamento de Enfermagem - CCBS."
1. Traumatismos da medula espinhal. 2. Sexualidade. 3.
Pessoas com Deficiência. 4. Saúde Pública. I. Título
21. ed. CDD 614

RUDINEY DA SILVA ARAUJO

A SEXUALIDADE DE ADULTOS COM LESÃO MEDULAR

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovado em: 28 de setembro de 2018

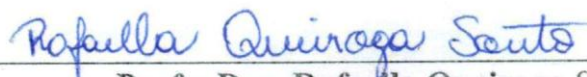
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Alessandro Silva Coura
Universidade Estadual da Paraíba



Profa. Dra. Renata de Souza Coelho Soares
Universidade Estadual da Paraíba



Profa. Dra. Rafaella Queiroga Souto
Universidade Federal da Paraíba

DEDICATÓRIA

A Deus, por renovar sua misericórdia na minha vida.

Aos meus pais, por serem sempre companheiros e me apoiarem.

A todas as pessoas vítimas de lesão medular, pela luta diária e inspiração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela dádiva da vida e sua misericórdia diária.

A meu orientador e amigo Prof. Dr. Aleksandro Silva Coura, que sempre se demonstrou ser um excelente profissional, disposto a compartilhar seus conhecimentos com humildade e a ensinar de forma dedicada, ética e paciente. Sou grato pelo apoio e compreensão nos momentos difíceis e pelos seus ensinamentos que permanecerão sempre na minha jornada acadêmica, científica e profissional. Espero que a nossa parceria e amizade ainda nos proporcione colher bons frutos.

À Coordenação e secretaria do Mestrado, pela assistência durante todo período, assim como a todos os docentes do programa de Pós-graduação em Saúde Pública pelo excelente trabalho. Aos meus colegas do mestrado pelas discussões construtivas e por tornar a jornada mais divertida e menos árdua, aprendi muito com vocês.

A todos os profissionais Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Médicos, Assistentes Sociais, gerentes de Distritos Sanitários, Secretaria de Saúde e, em especial aos pacientes das Unidades Básicas de Saúde, pelo acolhimento e pela disponibilidade em cooperar com a pesquisa.

Aos meus pesquisadores que tiveram participação fundamental durante a construção da pesquisa Vandilson Bento Alves, Mayk Wisley, Débora Oliveira Ferreira e Polliana Kessia.

A minha família, especialmente meus pais José Batista de Araújo e Gislene Souza da Silva, por todas as renúncias que edificaram minha trajetória e quem eu sou hoje, tenho muita sorte de ter vocês como exemplo. A Vandilson Bento Alves pela contribuição incansável durante a pesquisa.

Sem vocês eu não teria chegado até aqui. Obrigado a todos!

“A mudança não virá se esperarmos por outra pessoa ou por outros tempos. Nós somos aqueles por quem estávamos esperando. Nós somos a mudança que procuramos.”

Barack Obama

RESUMO

Introdução: A Lesão Medular é uma afecção neurológica decorrente de injúria na medula espinhal e que pode ocorrer perda parcial ou total da função motora, sensitiva, autonômica e sexual. No Brasil, os homens, jovens, vítimas da violência urbana configuram o perfil desse agravo. **Objetivos:** Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e sexual de adultos com lesão medular, comparando os períodos antes e após o agravo. **Métodos:** Tratou-se de um estudo transversal, censitário, descritivo e quantitativo. Participaram 66 adultos, com lesão medular traumática, cadastrados nas Unidades Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba, Brasil, que tiveram atividade sexual antes da lesão, não possuíam disfunção sexual anterior ao agravo, não se encontravam no estado de choque medular e não tinham outra afecção neurológica concomitante. A coleta de dados ocorreu de julho de 2017 a fevereiro de 2018 por meio do Questionário da Sexualidade Humana – Lesão Medular. Para cumprir os objetivos propostos foram utilizadas 27 questões do instrumento e análises estatísticas utilizando os testes estatísticos: Shapiro-Wilk e Teste Wilcoxon. Os dados foram tratados no SPSS versão 24.0 e apresentados por meio de tabelas, levando em consideração o intervalo de confiança de 99%. Foram respeitados os princípios da resolução 466/2012, CAAE 68629917.4.0000.5187. **Resultados:** O estudo mostrou maior prevalência de participantes homens (81,8%), jovens que sofreram lesão até 30 anos de idade (48,5%), não brancos (74,2%), católicos (59,1%), estudaram até o ensino fundamental (42,4%), sem companheiras (53%), com lesão incompleta (75,8%), causadas na maioria das vezes por acidentes de trânsito (34,8%). Verificou-se que os participantes mantêm vida sexual ativa (45,5%), no entanto, foi identificada redução estatisticamente significativa na atividade, frequência, desejo e satisfação sexual bem como na ereção, ejaculação e orgasmo. **Conclusões:** A maior prevalência de lesão medular é em homens, jovens em idade produtiva, não brancos, católicos, de baixa escolaridade e vítimas da violência no trânsito. Embora os indivíduos continuem tendo atividade sexual após o agravo há redução na prática, frequência, desejo e satisfação sexual, como também prejuízo nas respostas das funções sexuais da ereção, ejaculação e orgasmo, entre os períodos antes e após a lesão. Sugere-se que as unidades de saúde desenvolvam novas estratégias de ações voltadas para esses usuários para garantir a acessibilidade à reabilitação motora e abordagem da sexualidade, incluindo a participação dos cônjuges, para vencer as dúvidas e mitos, e contribuir para a readaptação dos indivíduos garantindo-lhes o exercício da sua sexualidade e cidadania.

Palavra-chave: Traumatismos da Medula Espinhal; Sexualidade; Pessoas com Deficiência; Fatores socioeconômicos; Saúde Pública.

ABSTRACT

Background: Spinal Cord Injury is a neurological condition resulting from injury to the spinal cord and partial or total loss of motor, sensory, autonomic and sexual function. In Brazil, young men, victims of urban violence shape the profile of this aggravation. **Aim:** To describe the sociodemographic, clinical and sexual profile of adults with spinal cord injury, comparing the periods before and after the injury. **Methods:** It was a cross-sectional, census, descriptive and quantitative study. Participants were 66 adults, with traumatic spinal cord injury, enrolled in the Family Health Units Care of Campina Grande, Paraíba, Brazil, who had sexual activity before the injury, had no sexual dysfunction prior to the injury, were not in the state of spinal shock and had no other affection concomitant neurological disorder. Data collection took place from July 2017 to February 2018 through the Human Sexuality Questionnaire - Spinal Cord Injury. In order to fulfill the proposed objectives, 27 questions from the instrument were used and the following statistical tests were used: Shapiro-Wilk and Wilcoxon Test. The data were treated in SPSS version 24.0 and presented by means of tables taking into consideration the confidence interval of 95%. The principles of resolution 466/2012 were considered. **Results:** The study showed a higher prevalence of male participants (81.8%), young people who suffered injuries up to 30 years of age (48.5%), non-whites (74.2%), (42.4%), without partners (53%), have incomplete injuries (75.8%), most of them caused by traffic accidents (34.8%). It was observed that the participants maintained active sexual life (45.5%), however, a statistically significant reduction in activity, frequency, desire and sexual satisfaction as well as in erection, ejaculation and orgasm was identified. **Conclusions:** The highest prevalence of spinal cord injury is of men, young of productive age, non-white, catholic, of low schooling and victims of traffic violence. Although individuals continue to have sexual activity after the injury, there are reduction in practice, frequency, desire and sexual satisfaction, as well as impairment of the sexual functions of erection, ejaculation and orgasm between the periods before and after the injury. It is suggested that health units care develop new strategies to those users to ensure accessibility to motor rehabilitation and approach to sexuality, including the participation of spouses, to overcome doubts and myths, and to contribute to the readaptation of individuals guaranteeing them the exercise of their sexuality and citizenship.

Keywords: Spinal Cord Injuries; Sexuality; Disabled Persons; Socioeconomic Factors; Public Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de adultos com lesão medular de Campina Grande, 2017-2018. (Pag. 45)

Tabela 2: Perfil clínico de adultos com lesão medular de Campina Grande, 2017-2018. (Pag. 46)

Tabela 3: Prática, orientação, satisfação e resposta sexual de adultos antes e após a lesão medular. (Pag. 47)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização da medula espinhal no canal vertebral em dois planos. (Pág. 17)

Figura 2 – Meninges que envolvem a medula espinhal. (Pág. 18)

Figura 3 – Ritmo de crescimento da medula espinhal. (Pág. 19)

Figura 4 – Substância branca e cinza da medular espinhal. (Pág. 20)

Figura 5 – Lesão primária: compressão da medula espinhal. (Pág. 23)

Figura 6 – Lesão primária: aceleração e desaceleração. (Pág. 23)

Figura 7 – Classificação da lesão medular em dois planos. (Pág. 24)

LISTA DE SIGLAS

- AB:** Atenção Básica
- ACS:** Agente Comunitário de Saúde
- ASIA:** *American Spinal Injury Association*
- CEP:** Comitê de Ética e Pesquisa
- CNS:** Conselho Nacional de Saúde
- C1:** Primeira Vértebra Cervical
- C4:** Quarta Vértebra Cervical
- C5:** Quinta Vértebra Cervical
- IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH:** Índice de Desenvolvimento Humano
- LCR:** Líquido Cefalorraquidiano
- LM:** Lesão Medular
- L2:** Segunda Vértebra Lombar
- L3:** Terceira Vértebra Lombar
- ME:** Medula Espinhal
- MMII:** Membros Inferiores
- MMSS:** Membros Superiores
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- PcD:** Pessoa com Deficiência
- PIB:** Produto Interno Bruto
- PSF:** Programa Saúde da Família
- QSH-LM:** Questionário Sexualidade Humana – Lesão Medular
- QV:** Qualidade de Vida
- RBE:** Revista Brasileira de Epidemiologia
- SNC:** Sistema Nervoso Central
- SPSS:** *Statistical Package or the Social Sciences*
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- S2:** Segunda Vértebra Sacral
- S3:** Terceira Vértebra Sacral
- S4:** Quarta Vértebra Sacral

S5: Quinta Vértebra Sacral

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

T1: Primeira Vértebra Torácica

T11: Décima Primeira Vértebra Torácica

T12: Décima Segunda Vértebra Torácica

UBS: Unidade Básica de Saúde

UEPB: Universidade Estadual da Paraíba

USF: Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 A Medula Espinhal e a Lesão Medular.....	13
1.2 A Sexualidade Humana.....	23
1.3 A Sexualidade na Lesão Medular.....	25
2. OBJETIVOS.....	29
2.1 Objetivo Geral.....	29
2.2 Objetivos Específicos.....	29
3. HIPÓTESES.....	30
4. MÉTODOS.....	31
4.1 Tipo de Pesquisa.....	31
4.2 População, Cálculo e Seleção da Amostra e Local da Pesquisa.....	31
4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	32
4.4 Instrumento da Coleta de Dados.....	32
4.5 Procedimentos de Coleta de Dados.....	33
4.6 Processamento e Análise dos Dados.....	34
4.7 Aspectos Éticos.....	34
5. RESULTADOS.....	36
5.1 Artigo.....	36
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
7. MEMORIAL DESCRITIVO.....	63
REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	68
ANEXO A – Questionário Sexualidade Humana – Lesão Medular.....	70
ANEXO B – Documento de Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética.....	84
ANEXO C – Termo de Autorização institucional.....	86
ANEXO D – Norma de Submissão – Revista Brasileira de Epidemiologia.....	87

1. INTRODUÇÃO

Para se compreender a sexualidade de adultos com Lesão Medular (LM) torna-se necessário conhecer algumas questões que vão desde a morfologia anatomofuncional da medula espinhal, conceitos de LM, tipo de lesão, classificação e como o agravo - de acordo com sua localização e extensão - contribui para as diversas disfunções sistêmicas, entre elas a sexual. A fim de maior familiaridade com o tema será apresentada uma revisão acerca da lesão medular, sexualidade e a sexualidade na LM que ajudarão no embasamento da pesquisa.

1.1 A MEDULA ESPINHAL E A LESÃO MEDULAR

A Medula Espinhal (ME) é um órgão do Sistema Nervoso Central (SNC) que, morfológicamente, se apresenta como um longo cordão e que não possui um diâmetro uniforme em toda sua extensão. Apresenta duas intumescências - cervical e lombar - bastante desenvolvidas e que fazem conexões com as raízes nervosas que formam os plexos braquiais e lombossacrais, destinados à inervação dos membros superiores e inferiores, respectivamente (LEAL et al., 2017).

A ME limita-se cranialmente com o bulbo na altura do forame magno e caudalmente termina na segunda vértebra lombar (L2) por meio de sua estrutura denominada de cone medular. Continuando após o cone, existem filamentos de raízes denominados de cauda equina.¹ Considerado um órgão de extrema delicadeza e de nobre funcionalidade, está localizado ao longo do canal vertebral sendo protegido pelos ossos vertebrais além de estar circundado pelo líquido cefalorraquidiano (LCR), conforme Figura 1 (LEAL et al., 2017).

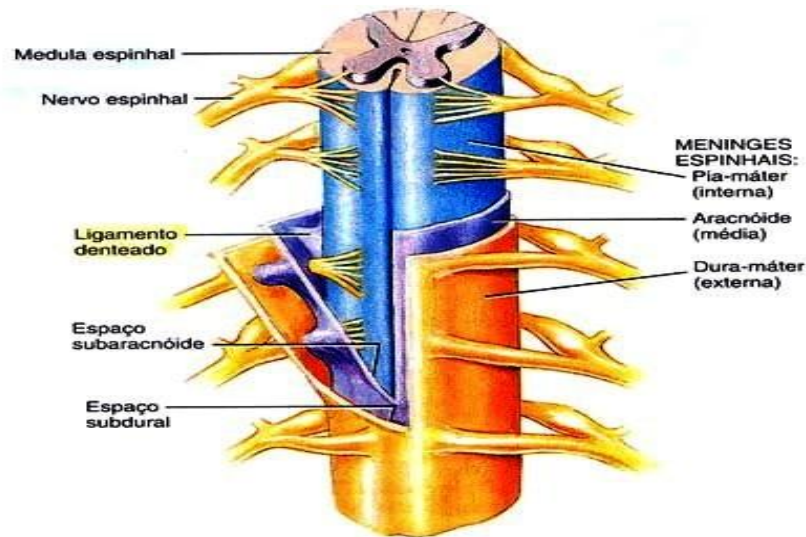
Figura 1 - Localização da medula espinhal no canal vertebral em dois planos.



Fonte: NETTER

A ME é revestida por três folhetos de tecido conjuntivo denominados de meninges: dura-máter, aracnoide-máter e pia-máter. A dura-máter é a mais externa e mais espessa, reveste toda a medula e, cranialmente continua com a dura-máter do encéfalo e termina ao nível da segunda vértebra sacral (S2). A aracnoide-máter se encontra no meio dos dois folhetos e está unida à dura-máter. A pia-máter é a mais interna e delicada, se encontra aderida à medula, inclusive revestindo seus sulcos e termina no cone medular (Figura 2). Entre a pia-máter e a aracnoide se encontra um espaço denominado de espaço subaracnóideo onde se encontra o LCR que percorre numa direção ântero-posterior e caudal-cranial numa distância de 3 cm/s a cada batida do coração (STROMAN et al., 2015).

Figura 2 - Meninges que envolvem a medula espinhal

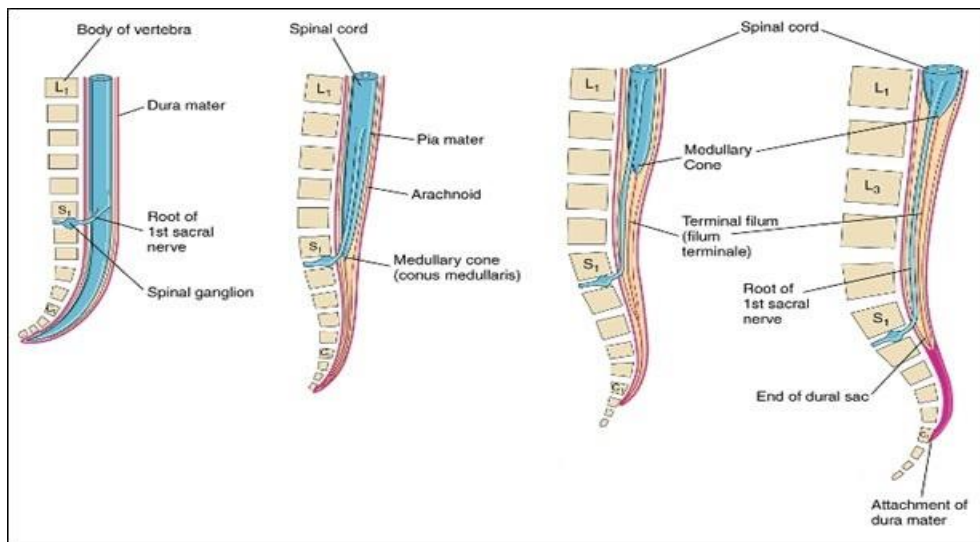


Fonte: NETTER

A ME e a coluna vertebral apresentam o mesmo tamanho até o 4º mês de vida intrauterina devido ao ritmo de crescimento de ambos serem iguais e, com isso o segmento da medula está junto da sua vértebra correspondente. Porém, logo em seguida, a medula apresenta um ritmo de desenvolvimento menor e, com isso, no adulto ela não ocupa toda a coluna, finalizando no nível da segunda vértebra lombar (Figura 3). Como consequência os segmentos medulares se afastam de suas vértebras correspondentes ocorrendo um alongamento das raízes nervosas e diminuição do ângulo que elas fazem com a medula (HERNANDEZ; BUTIMEA; SUAREZ, 2013).

Assim, no adulto, as vértebras T11 e T12 (décima primeira e décima segunda vértebra torácica, respectivamente) não se relacionam com os segmentos medulares de mesmo nome, mas com os segmentos medulares lombares. Essa disposição anatômica é de grande importância clínica para o diagnóstico, prognóstico e tratamento dos pacientes vítimas de lesão medular, pois uma lesão na vértebra T12 pode afetar a medula lombar e uma lesão nas vértebras lombares afetará as raízes da cauda equina (LEAL et al., 2017).

Figura 3 - Ritmo de crescimento da medula espinhal



Fonte: MOORE & PERSAUD

A medula espinhal apresenta 31 pares de raízes nervosas divididos em cinco segmentos: 8 cervicais, 12 torácicos, 5 lombares, 5 sacrais e 1 coccígeo. A partir desses segmentos saem os pares de nervos espinhais na mesma quantidade de vértebras que cada segmento corresponde, com exceção da medula cervical que possui 8 pares de nervos espinhais. Assim, as raízes nervosas que saem a partir do segmento torácico T1 (primeira vértebra torácica) são denominadas de acordo com a vértebra que está situada acima dela, ou seja, a raiz nervosa que sai entre L2 e L3 (segunda e terceira vértebra lombar, respectivamente) é denominada de raiz nervosa do segmento L2 (HERNANDEZ-MIRANDA; MULLER; BIRCHMEIER, 2016).

Na região da coluna cervical ocorre o inverso, as raízes nervosas são denominadas de acordo com a vértebra que está situada logo abaixo, sendo assim, a raiz nervosa que sai entre C4 e C5 (quarta e quinta vértebra cervical, respectivamente) é denominada como raiz do segmento C5. Isto ocorre porque o primeiro par de nervos espinhais sai entre o osso occipital e a primeira vértebra cervical (C1), sendo assim, o segmento da medula cervical apresenta 8 pares de nervos espinhais (HERNANDEZ-MIRANDA; MULLER; BIRCHMEIER, 2016).

No plano transversal, a medula espinhal apresenta duas substâncias com características diferentes. A substância cinza que é formada pelo corpo do neurônio ou pericárdio e está localizado internamente, apresentando uma forma de borboleta. Possui um corno anterior responsável pela motricidade e um corno posterior responsável pela função sensitiva; destes cornos saem os pares de nervos espinhais. Já a substância branca é formada

pelos axônios e dendritos dos neurônios e está localizada externamente. Ela possui uma via ascendente responsável por conduzir informações da periferia para o encéfalo e uma via descendente responsável pela condução nervosa do encéfalo para a periferia (Figura 4) (STROMAN et al., 2015).



Fonte: SPENCER

A ME assume uma importância fundamental para muitos órgãos do corpo humano por exercer o papel de controlar e mediar funções fisiológicas do organismo. Além disso, é o caminho de transmissão de informações entre o encéfalo e os nervos da periferia que se dirigem para os músculos, pele, glândulas e órgãos (LEAL et al., 2017; WHO, 2013).

O conhecimento do mecanismo anatomofisiológico da medula espinhal permite dimensionar o grau de comprometimento de suas lesões e as consequências que muitas vezes são irreparáveis.

A lesão medular (LM) é uma síndrome neurológica incapacitante decorrente do comprometimento da medula espinhal e/ou cauda equina, e que conduz à perda parcial e/ou total das funções motoras, sensitivas e orgânicas do indivíduo, podendo ocorrer por um mecanismo traumático ou não traumático (CARVALHO et al., 2014). Ela é a principal determinante de incapacidade – muitas vezes irreversível – nos adultos além de alterar consideravelmente a Qualidade de Vida (QV) das pessoas. Considerada como um problema de saúde pública, a LM está relacionada às altas taxas de morbimortalidade e aos altos impactos sociais e econômicos devido aos altos custos hospitalares, ambulatoriais, familiares e pessoais (NUNES; MORAIS; FERREIRA, 2017).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a LM se apresenta como uma condição patológica muito complexa, perturbadora, que está associada à alta taxa de mortalidade e que causa impacto direto sobre os serviços de saúde, a sociedade, a economia, a educação e a cultura uma vez que os indivíduos ainda se encontram em idade produtiva e vão acessar todos os níveis de serviços de saúde para ter as condições necessárias de se reinserir na sociedade (WHO, 2013).

O relatório divulgado pela OMS, em 2013, revelou que a alta taxa de morbimortalidade da LM está diretamente condicionada às condições dos serviços de saúde que são ofertados, principalmente os de reabilitação. A incidência global de LM é de 40 a 80 pessoas/por milhão, sugerindo que, anualmente, cerca de até 500 mil pessoas no mundo adquirem a LM. Estima-se que no mundo há uma prevalência de 900 a 950/milhão de pessoas com lesão medular (WHO, 2013; MORAIS et al., 2013).

No Brasil, a LM não é uma condição de notificação compulsória, assim, não se tem dados fidedignos sobre a sua prevalência, no entanto, estima-se um número de 130 mil pessoas e, a incidência anual é de 40/milhão ou 6 a 8 mil novos casos por ano. As maiores vítimas são homens, jovens, com idade produtiva entre 18 a 29 anos, solteiros e residentes em áreas urbanas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Estudo realizado em um hospital público do estado do Pará revelou que 86,5% de sua amostra (n=77) era composta por homens, e 48,4% tinham entre 21 e 30 anos de idade (n=43) (PEREIRA; GOMES; RODRIGUES, 2014).

Diante desse quadro, torna-se necessário a discussão das questões relacionadas aos impactos econômicos da LM na sociedade. As ausências nas atividades laborais devido às limitações físicas ou incapacidades dos indivíduos da faixa etária da população economicamente ativa que deveria estar produzindo, fazem aumentar os custos dos serviços de saúde, previdenciários, sociais e das empresas bem como os custos familiares com os cuidados de saúde.

As causas da LM se apresentam de forma bastante dinâmica no mundo, pois elas variam entre países, dentro do mesmo país e até mesmo entre região urbana e rural. Outro ponto importante para se discutir é o fato de que a etiologia da LM também se apresenta de maneira diferente entre as faixas etárias e o sexo; além disso, podem-se dividir as causas da LM em traumáticas e não traumáticas. Tradicionalmente, as maiores causas da LM por mecanismo traumático, pela ordem de maior frequência são os acidentes de trânsito (carro, moto, pedestre, ciclistas), quedas e violência interpessoal, no entanto, essas causas aparecem com maior ou menor frequência dependendo de qual país, região ou cidade as amostras são

observadas. Além dessas, outras causas também são encontradas em diversas pesquisas, como mergulhos em águas rasas, acidentes de trabalho e iatrogenia (WHO, 2013).

Um estudo realizado na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, revelou que 52% da amostra sofreu lesão da medula decorrente de acidentes de trânsito (LOMAS et al., 2017). Outro estudo, dessa vez realizado na cidade de Manizales, na Colômbia, apontou que 53% da sua amostra foram vítimas de arma de fogo (n=57) (BURBANO-LOPEZ; SÁNCHEZ, 2017). Uma pesquisa realizada na cidade de Campina Grande, Paraíba, mostrou que a arma de fogo foi responsável pela maior causa de LM com 31,9% (n=15), seguido quedas 27,7% (n=13), impacto corporal e pós cirurgia com 10,6% (n=5), cada (FRANÇA et al., 2014).

A OMS revelou que os acidentes automobilísticos são os maiores responsáveis por LM traumática nas três maiores regiões do mundo: África, América e Europa. Dados de trinta países analisados mostraram que a queda foi a segunda causa mais importante da LM e a mais importante nas regiões do Leste do Mediterrâneo e Sudoeste da Ásia, e na população acima de 60 anos ela é a principal causa. A violência interpessoal, por sua vez, é a terceira maior causa no mundo, porém em alguns países que vivem em condições de guerras, ela é a causa mais comum como, por exemplo, no Afeganistão onde as lesões medulares traumáticas são causadas 60% por violências devido aos intensos confrontos civis e militares (WHO, 2013).

A grande prevalência da violência como causa de LM é encontrada não só nos países que vivem em conflitos civis e militares, mas também onde as condições sociais e econômicas da população são menores como o Brasil que apresenta uma taxa de 42% e África do Sul, 21%. Já nos países de renda alta e que as condições sociais e econômicas da população são melhores, a violência aparece com pequena prevalência de causas de LM. Países como Canadá, Austrália e Noruega apresentam uma taxa menor que 2% de causas de LM provocada por violência (WHO, 2013).

Diante desse contexto, as projeções que se desenham é a de uma forte tendência de se acentuar a incidência de LM por mecanismo traumático, principalmente decorrente do quadro social de violência urbana (violência no trânsito e violência física interpessoal) que se encontra nos grandes centros urbanos brasileiro (FRANÇA et al., 2014).

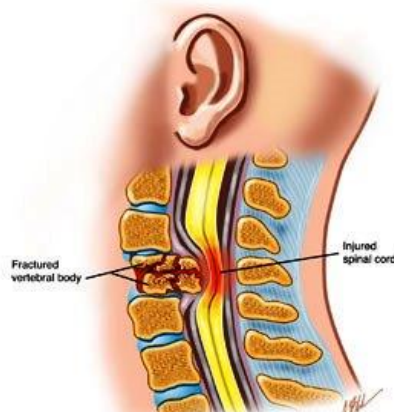
As lesões medulares não traumáticas estão associadas a patologias adquiridas como compressão por neoplasias, seringomielia, condições degenerativas da coluna, infecção, desordens autoimune, desordens vasculares com ocorrência de formação de trombos, êmbolos ou até mesmo hemorragia, esclerose lateral amiotrófica e síndrome de Guillain-Barré. Também existem as causas congênitas como mielomeningocele, espinha bífida, sífilis e esclerose múltipla. No Brasil, estima-se que cerca de 20% das lesões medulares estão

associadas a causas não traumáticas, embora não haja dados precisos sobre esse tipo de lesão devido a não obrigatoriedade de notificação dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A compreensão da fisiopatologia da LM é importante para saber o que ocorre com a medula espinhal no momento da lesão. Existem dois tipos de lesão: primária e secundária. A lesão primária ocorre por um mecanismo de luxação do osso vertebral conduzindo à deformação local e transferência da energia cinética para os tecidos moles, principalmente a medula espinhal causando-lhe a lesão e, como consequência degeneração e morte tecidual. Isso ocorre devido à compressão do osso vertebral sobre a medula por fraturas do osso vertebral e o seu deslocamento em direção à medula espinhal (Figura5); distração aguda da medula espinhal; aceleração e desaceleração (efeito “chicote” quando há uma colisão na parte de trás do carro ou em colisão frontal) da cabeça e pescoço (Figura 6); laceração por objetos penetrantes quer seja por arma de fogo ou arma branca (OLIVEIRA; SILVA; NEIVA; CARVALHO, 2015).

A lesão secundária é resultado de um efeito em cascata da lesão primária em que ocorre uma série de eventos potencializando o processo da lesão, como inflamação, edema celular e exsudação de substâncias químicas que irão destruir as células adjacentes e os tratos neurais; alterações vasculares como perda da microcirculação e vasoespasmos causando isquemia, formação de trombos, êmbolos ou hemorragias, perda da autoregulação e acúmulo de neurotransmissores (OLIVEIRA; SILVA; NEIVA; CARVALHO, 2015).

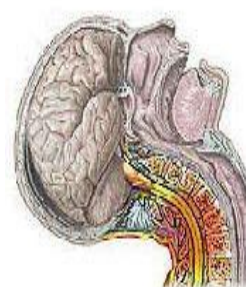
Figura 5 - Lesão Primária: compressão da medula espinhal



Fonte: STOKES

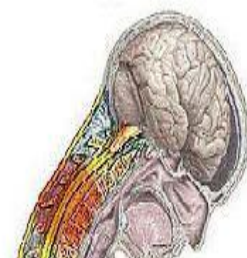
Figura 6 - Lesão Primária: aceleração e desaceleração

Hiperextensão



Lesionamento ou estresse dos tecidos

Hiperflexão



Fonte: UMPHERED

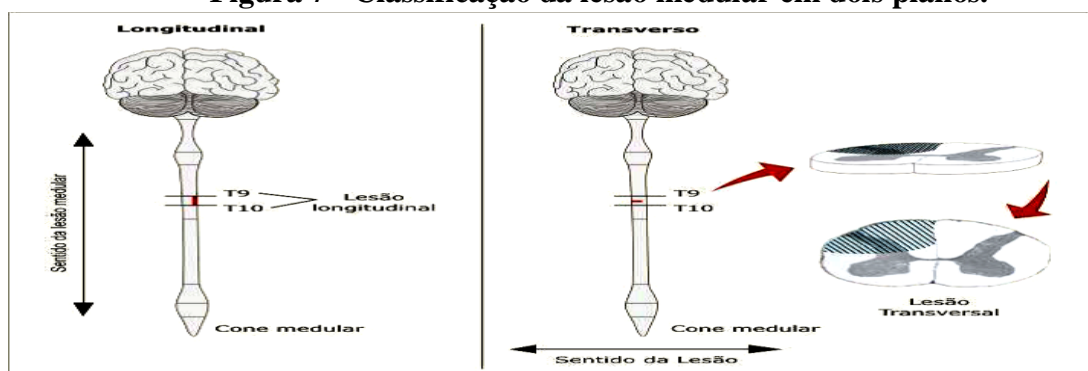
É importante mencionar que os efeitos decorrentes da lesão primária são inevitáveis e irreparáveis, pois o grau e extensão da lesão dependem da biomecânica do agravo, porém os efeitos da lesão secundária podem ser evitados ou reduzidos quando os cuidados ao paciente ocorrem o mais precoce possível e quando se dispõe de recursos humanos e materiais clínicos nos serviços de saúde.

O conhecimento de como e onde ocorre a LM é muito importante para se compreender sua classificação. Embora as causas sejam variadas, o quadro clínico que se manifestará no paciente será semelhante desde que também ocorra semelhança no nível da lesão e no grau de comprometimento, pois as alterações funcionais se apresentarão de acordo com o tipo da lesão, o local e os nervos envolvidos.

Quando se refere em nível da LM e o grau de comprometimento está se referindo à classificação da lesão (Figura 7). O nível diz respeito ao local da medula no seu plano longitudinal onde ocorre a lesão, sendo assim ele nos fornecerá informação de qual segmento medular – cervical, torácico, lombar, sacral ou coccígeo – sofreu a lesão. Com isso, de acordo com o segmento lesionado classifica-se a LM em paraplegia e tetraplegia (SANTINO et al., 2014).

Paraplegia é uma condição em que ocorre deficiência e/ou perda da função motora e/ou sensitiva abaixo do local da lesão quando esta ocorre no segmento torácico, lombar ou sacral da medular espinal. Como consequência dessa condição, o paciente apresenta comprometimento do tronco, membros inferiores (MMII) e órgãos pélvicos. A tetraplegia é o nome dado à condição em que ocorre lesão no segmento cervical da medula e o paciente tem deficiência e/ou perda da função motora e/ou sensitiva abaixo do nível da lesão, comprometendo o pescoço, os membros superiores (MMSS), tronco, MMII e órgãos pélvicos (SANTINO et al., 2014).

Figura 7 - Classificação da lesão medular em dois planos.



Fonte: MOORE

O grau de comprometimento da LM se refere à extensão da lesão que ocorre no plano transversal do órgão. Assim, ela pode ser completa quando ocorre a transecção completa da medula banindo toda a função motora e sensitiva abaixo do nível da lesão devido à interrupção de toda a comunicação neuronal; e incompleta em que ocorre comprometimento de algumas estruturas e preservação de outras. Nesse último caso, haverá perda parcial da função motora e/ou sensitiva abaixo do nível da lesão com preservação da função motora e sensitiva no segmento sacral da quarta vértebra sacral (S4) e quinta vértebra sacral (S5) (KAUFMANN; GRAVE, 2014; SUN et al., 2016).

A Associação Americana de Lesão Medular (AALM) - *American Spinal Injury Association* (ASIA) - desenvolveu uma escala de avaliação neurológica da função motora e sensitiva e que fornece informações para classificar a LM em completa e incompleta e o nível da lesão. Dessa forma, a lesão medular se classifica em cinco categorias, são elas: A, B, C, D e E (ROUANET et al., 2017):

- ASIA A – Lesão Completa: ausência da função motora e sensitiva no segmento sacral S4 e S5.
- ASIA B – Lesão Incompleta: ausência da função motora abaixo do nível da lesão e sensibilidade preservada abaixo do nível da lesão incluindo sensibilidade do segmento sacral S4 e S5.
- ASIA C – Lesão Incompleta: função motora preservada abaixo do nível da lesão, com grau de força inferior a 3.
- ASIA D – Lesão Incompleta: função motora preservada com grau de força igual ou superior a 3.
- ASIA E – Lesão Incompleta: função motora e sensitiva preservadas.

A prevalência do tipo de LM se apresenta de forma bastante variada na literatura. Um estudo realizado com uma equipe de atletas de basquete da cidade de Guarapuava, estado do Paraná identificou que sua amostra (n=12) apresentou LM do tipo paraplegia, e dentre esses, uma metade tinha lesão completa e outra metade, incompleta (FRÉZ; SOUZA; QUARTIERO; RUARO, 2014). Já outro estudo realizado em Londrina, revelou que são maioria (n=15) apresentou lesão tipo completa (KAWANISH; GREGUOL, 2014).

A maior prevalência de paraplegia pode ser explicada pelo fato de que essa condição neurológica está associada com lesões nos segmentos torácico, lombar e sacral, ou seja, esses três segmentos apresentam uma área anatômica maior do que a cervical que é responsável pelas tetraplegias. Um estudo sobre desenvolvimento e validação de um questionário de qualidade de vida de pessoas com LM identificou que 20,9% (n=15) da amostra apresentou lesão no segmento cervical e 79,1 (n=57) apresentou lesão no segmento torácico (FENIMAN et al., 2016). Outro estudo realizado na cidade de São Paulo, mostrou que 52% (n=26) da sua amostra sofreu lesão no segmento lombar (ALMEIDA et al., 2013). Dessa forma, os segmentos responsáveis pela paraplegia são mais acometidos que os da tetraplegia o que justifica uma maior prevalência de paraplegias.

O conhecimento sobre a classificação da LM é um fator muito importante para o diagnóstico, prognóstico e o planejamento da reabilitação dos indivíduos, pois de acordo com o tipo de lesão o indivíduo irá manifestar alguns sinais e sintomas que deverão nortear a prática de médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e outros profissionais de saúde.

O choque medular é um estado em que ocorre profunda alteração das funções neurológicas logo após a lesão. Ele pode durar algumas horas, dias ou até mesmo semanas e serve como preditor do grau de severidade da lesão, pois quanto maior o tempo que o indivíduo se encontra nesse estado, mais grave é a lesão. No primeiro momento ocorre a cessação de todas as funções do sistema nervoso abaixo do nível da lesão tendo como características a arreflexia, atonia e flacidez (sinais negativos) (HAGEN, 2015).

Após o choque medular, surgem os sinais de positividade como a hiperexcitabilidade que irá conduzir ao aparecimento da hiperreflexia espástica, espasmo, retorno do tônus muscular e a atividade involuntária. Nessa fase é muito importante a presença do profissional de saúde junto aos indivíduos, pois estes interpretam o surgimento dos sinais positivos como o retorno do funcionamento normal do seu corpo, ou seja, a melhora do seu quadro clínico (HAGEN, 2015).

1.2 A SEXUALIDADE HUMANA

Para entender a sexualidade dos indivíduos com LM, se faz necessário, antes, compreender os conceitos que norteiam o complexo entendimento sobre a sexualidade e sua

expressão, pois a falta de conhecimento desses elementos pode contribuir para pré-conceitos e estigmas.

A sexualidade é um componente indissociável da vida dos indivíduos e está diretamente ligada aos fatores biológicos e fisiológicos além de pertencer ao domínio da qualidade de vida das pessoas. Assim, a completude da existência do ser humano também se passa pela necessidade de se criar vínculos afetivos, emocionais e amorosos representados por meio da manifestação da sexualidade de homens e mulheres. A sexualidade, neste sentido, passa a ser mais uma dimensão da complexa vida humana e é resultado das experiências e fenômenos vividos pelos seres humanos por meio da emoção, prazer, comunicação e afetividade (LIMA; TORRES; RACHID FILHO, 2014; CORNELL; COATES; WOOD, 2014).

Dada a complexidade do tema, na literatura ou nos meios de comunicação, a sexualidade acaba não sendo facilmente conceituada e compreendida. Ela está constantemente sendo construída a partir da sua interação e dinâmica com os aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos, espirituais, intelectuais que são influenciados diretamente pela cultura (NEPOMUCENO; MELO; SILVA, 2015).

O conceito de sexualidade é comumente confundido com o de sexo, reduzindo aquela apenas ao discurso errôneo de se abordar unicamente pelo viés biológico que diferencia homens e mulheres pela sua genitália. No entanto, ela está ligada a todos os aspectos que envolvem comportamentos e fatores biológicos, inclusive a função sexual. Assim, enquanto o conceito de sexo se refere aos aspectos biológicos, anatômicos e fisiológicos de homens e mulheres, a sexualidade é mais ampla e está relacionada a toda manifestação de prazer, comunicação, afetividade, intimidade, sedução e comportamento sexual (MAIA; RODRIGUES; GOMES; MARQUES, 2015).

Dessa forma, a sexualidade de cada indivíduo e sua manifestação é construída social e culturalmente em um dado local e espaço de tempo, ou seja, a sua expressão depende da cultura, da crença, dos costumes e valores morais, do sistema político, econômico, social e religioso. Diante desse leque de fatores que influenciam na formação e expressão da sexualidade, cada indivíduo percebe, julga e se orienta de diversas maneiras de acordo com as regras implícitas no conjunto de valores culturais a que pertence (MAIA; RODRIGUES; GOMES; MARQUES, 2015).

1.3 A SEXUALIDADE NA LESÃO MEDULAR

A LM está associada a diversos problemas de natureza física, psicológica e social. Ela altera a função motora, sensitiva e autônoma do organismo causando deformidade e incapacidade, comprometendo drasticamente a autoimagem e a autoestima dos indivíduos. Além disso, altera várias funções orgânicas, causando complicações cardiovasculares, respiratórias, endócrinas, músculo-esqueléticas, esfínterianas bem como incontinência urinária e fecal. Um dado importante na prática clínica e de reabilitação de pacientes vítimas de LM é o fato de que todas as formas de lesão podem resultar em dores crônicas (PEREIRA; SILVA; GORLA, 2015; HAGEN, 2015).

Outra importante consequência da LM é a alteração da função sexual podendo ocorrer a perda ou dificuldade no alcance e/ou manutenção da ereção e lubrificação vaginal, como também perda e/ou dificuldade de alcançar a ejaculação, orgasmo e dificuldade de reprodução por parte dos homens, tendo como consequência a insatisfação com a sexualidade (HESS; HOUGH, 2013; IBRAHIM; BRACKETT; LYNNE, 2016). As alterações psicológicas e sociais na LM ocorrem como resultados das alterações físicas e que contribuem para o comprometimento da saúde mental dos indivíduos. Um estudo realizado com homens e mulheres com LM verificou que 51,4% (n=18) de sua amostra apresentaram sinais de depressão, portanto, um número bastante expressivo (CAMPOS; MIRANDA; CARVALHO; VALL, 2015).

No entanto, a LM não conduz o indivíduo à perda da sua sexualidade, porém dificulta as respostas dos estímulos sexuais decorrentes do *déficit* nas funções motoras e sensitivas, levando à disfunção sexual (LIMA; TORRES, RACHID FILHO, 2014). Isto ocorre quando há a perda total ou parcial do sinergismo entre os sistemas simpático, parassimpático e autônomo. A literatura tem apontado na direção de que a LM aumenta a incidência de disfunção sexual, diminui a frequência do coito e conduz à diminuição da satisfação sexual. As limitações físicas e as dificuldades nas respostas sexuais durante a ereção, ejaculação, orgasmo e alteração na lubrificação vaginal são os principais fatores relacionados à disfunção sexual (ALBRIGHT et al., 2015).

Segundo a literatura os maiores *déficits* na função sexual nos homens estão relacionados ao orgasmo, ejaculação e ereção, em ordem de maior para menor frequência. O orgasmo – última fase do ciclo sexual – é um curto período de prazer ou clímax durante o ato sexual e pode se apresentar normal, ausente ou alterado. Ejaculação é a emissão do líquido

seminal pelo orifício externo da uretra. Disfunções nessas fases estão relacionadas à lesão em T11-L2 e S2-S4 (IBRAHIM; BRACKETT; LYNNE, 2016).

Já a ereção é a capacidade do indivíduo alcançar e se manter excitado. Ela pode estar abolida ou ocorrer com pouca qualidade. A ereção ocorre por respostas localizadas no córtex cerebral em conjunto com a medula espinhal, assim, o indivíduo pode ter excitação psicogênica (resposta cortical) e reflexa (resposta medular). Lesão nos segmentos S2-S4 pode banir a resposta reflexa obrigando o indivíduo a estimular a excitação psicogênica. Embora a literatura relate maiores disfunções em ordem de maior frequência no orgasmo, ejaculação e ereção, respectivamente, diversos estudos relatam frequências diferentes. Isso pode ocorrer devido às características da amostra bem como sua representatividade (ALBRIGHT et al., 2015).

Na mulher, a maior disfunção ocorre na lubrificação vaginal causando bastante desconforto no momento da relação sexual e está relacionada à lesão nos segmentos S2-S4, porém elas podem ter uma lubrificação psicogênica. Outros fatores importantes na discussão sobre disfunção sexual diz respeito à prática de atividade sexual e à satisfação, pois elas podem estar diretamente relacionadas ao maior ou menor *déficit* na resposta sexual. Embora ocorra uma diminuição na prática de atividade sexual em relação ao período anterior à LM, os indivíduos continuam mantendo suas atividades sexuais (HESS; HOUGH, 2013).

Em relação à satisfação sexual, um estudo revelou que o alto contentamento dos indivíduos após a LM está diretamente ligada às características individuais das pessoas, como boa função sexual, relacionamento afetivo e satisfação pessoal (SANCHEZ-FUENTES; SANTOS-IGLESIAS; SIERRA, 2014). Como visto anteriormente, a LM pode acarretar graves consequências nos indivíduos dependendo do local e da extensão da lesão e, assim pode deixá-los incapacitado e fisicamente limitado. Essa condição somada aos problemas na resposta sexual contribui para agravar a manifestação da sexualidade. Isso ocorre devido ao fato de que a sexualidade é construída culturalmente e as suas representações ditas como normais também são implicitamente adquiridas pela sociedade e, assim todos que não atendem ao modelo normal é marginalizado (GESSER; NUREMBERGER, 2014).

Entre essas representações implicitamente divulgadas pela sociedade, está o discurso de que a sexualidade só é alcançada quando os indivíduos gozam de boa função sexual, têm corpos esteticamente esbeltos e bom desempenho físico. Assim, Pessoas com Deficiência (PcD), em especial as vítimas de LM são estereotipadas como indivíduos que não sentem desejo, prazer e interesse sexual, e portanto, não possuem necessidades sexuais, logo, são vistas como assexuadas (GESSER; NUREMBERGER, 2014).

Os estigmas acabam sendo absorvidos pelas PcD – entre elas as que têm LM – de forma negativa fazendo com que não se sintam estimuladas a expressar a sua sexualidade por pensarem que são incapazes de se enquadrar nos padrões de normalidade socialmente aceitos. No entanto, existem várias formas de expressão da sexualidade que não se limitam apenas aos compreendidos pelos discursos estereotipados e estigmatizadores. Cada pessoa deve se reinventar e descobrir a melhor maneira de expressão da sua sexualidade de acordo com as limitações impostas pela deficiência (COSTA; COELHO, 2013; SUNILKMAR; BOSTON; RAJAGOPAL, 2015).

Portanto, percebe-se a grande importância da expressão da sexualidade na vida das pessoas com LM. Dessa forma, diante da gama de conquistas que essa parcela da sociedade conseguiu ao longo dos anos, também é necessário e urgente abranger nesse leque a discussão sobre o direito à educação e orientação sexual, conseqüentemente, o direito de expressão da sua sexualidade e cidadania.

Esse estudo se justifica pela necessidade de se conhecer as características e as necessidades de pessoas que apresentam limitações físicas decorrentes da LM, e que acabam influenciando na expressão da sexualidade. E a partir, desse conhecimento, sensibilizar profissionais e gestores em saúde para repensar a práxis na assistência a esses indivíduos.

A sexualidade de adultos com e sem LM não apresenta aspectos tão distintos, porém há uma tendência de se dar mais notoriedade às diferenças que às semelhanças. Dessa forma, os indivíduos acometidos pela LM são condicionados a aguçarem a sua curiosidade sobre os aspectos envolvidos na sua sexualidade até mesmo por falta de informação. Além disso, a reabilitação de pessoas com LM se limita apenas à função motora (BERTO; BARRETO, 2011). O conhecimento das características da sexualidade dessa população permitirá aos profissionais de saúde um maior conhecimento para poder incluir nos objetivos de tratamento a educação, orientação e reabilitação sexual (ALEXANDER, 2011).

Durante a formação superior ainda se percebe constrangimento ao abordar a sexualidade, além da dificuldade de se relacionar com os diversos mitos culturalmente construídos sobre essa temática. Diante disso, esse estudo irá contribuir para a academia como subsídio de informação sobre os aspectos envolvidos na sexualidade de pessoas com LM para que profissionais de saúde possam ampliar seus conhecimentos e torná-los práticos na sua rotina diária abordando de forma clara e objetiva a sexualidade, seja a partir de ações em grupos ou individualmente com o sujeito, ou com este e seus parceiros, de maneira que possa ser oferecido a todos um suporte para minimizar as angústias decorrentes da falta de informação (SILVEIRA et al., 2014).

Além disso, esse estudo promoverá contribuições para a sociedade, mais especificamente os indivíduos vítimas de LM, pois o conhecimento sobre os aspectos de sua sexualidade poderá promover uma mudança no seu comportamento e de profissionais no sentido de garantir a reabilitação sexual, inclusive com a participação de seus parceiros, para garantir adesão ao tratamento bem como garantir a sua cidadania.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a influência da lesão medular sobre a sexualidade de adultos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o perfil sociodemográfico de homens e mulheres com lesão medular;

Caracterizar o perfil clínico de homens e mulheres com lesão medular;

Comparar a prática, orientação, satisfação e resposta sexual pré e pós-lesão medular relatada por homens e mulheres.

3. HIPÓTESES

H_0 : A lesão medular não influencia a sexualidade de adultos.

H_1 : A lesão medular influencia a sexualidade de adultos.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo, censitário e transversal. A pesquisa quantitativa prioriza em mostrar numericamente as frequências dos comportamentos de indivíduos, grupos ou populações (GIL, 2013). A pesquisa descritiva se propõe a descrever as características de uma população e identificar as relações existentes entre as suas variáveis; é censitária quando se pretende investigar toda a população (ROUQUAYROL, 2013). Já a investigação transversal é um estudo epidemiológico em que a relação causa e efeito são observados, simultaneamente, em um determinado tempo específico, em uma dada população (VIEIRA, 2016).

4.2 POPULAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Campina Grande, localizado na região do Agreste, no interior da Paraíba, distante cerca de 133 Km da capital João Pessoa, com uma área territorial de 593.026 Km².

Campina Grande possui uma população de 385.213 habitantes de acordo com o último censo realizado em 2010, e sua população estimada para o ano 2018 foi de 410.332 habitantes, e a população adulta é de pouco mais de 288.647 habitantes (valor do estrato >20 anos). O município apresenta o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,720 e Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* de 18.716,38 mil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) implementou no ano 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), e Campina Grande foi uma das cidades pioneiras em nível nacional a executar esse serviço para seus habitantes e, hoje, o município tem 90,53% de cobertura da Atenção Básica (AB) e está dividido em oito distritos sanitários, sendo 6 urbanos, 1 rural e 1 misto (VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2002). A rede de serviços de saúde atendida pelo SUS é composta por 248 estabelecimentos de saúde: 179 públicos, 57 privados e 12 filantrópicos. Possui 116 equipes de saúde da família que estão distribuídas nas 82 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2016).

Participaram do estudo todos os indivíduos dos sexos masculino e feminino, adultos, acometidos com LM, residentes no município de Campina Grande, estado da Paraíba, adscritos em todas as 82 Unidades Saúde da Família (USF).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Campina Grande possui uma população adulta de pouco mais de 288.647 habitantes – valor do estrato >20 anos, e uma população de indivíduos com LM de 47 indivíduos, de acordo com um estudo realizado no ano de 2011 (FRANÇA et al., 2011; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012)

Em virtude do desconhecimento sobre dados atuais da prevalência de LM, em Campina Grande, e diante de uma proporção de LM de cerca de 0,01, optou-se pela realização de um estudo censitário na qual não se realiza o cálculo amostral, sendo recrutados todos os indivíduos existentes.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos homens e mulheres com diagnóstico de LM do tipo traumática independente do nível e segmento da lesão, com 18 anos ou mais, que tiveram qualquer tipo de atividade sexual no período anterior à lesão e que estavam adscritos nas Unidades Saúde da Família de Campina Grande.

Foram excluídos do estudo os indivíduos que se encontravam na fase de choque medular, tinham outras afecções neurológicas concomitantemente e que apresentavam disfunção sexual no período anterior à lesão, relatados pelo pesquisado.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado o Questionário de Sexualidade Humana na Lesão Medular (QSH-LM) adaptado de acordo com os objetivos da pesquisa (BAASCH, 2000). O QSH-LM contém 67 questões abertas e fechadas e foi desenvolvido em três partes. A primeira contempla a Anamnese em que há informações sobre os dados sociodemográficos dos indivíduos bem como informações clínicas sobre a sua lesão. A segunda parte contempla informações sobre o período pré-lesão, e está dividida em 4 blocos de perguntas: Prática Sexual, em que aborda a prática e frequência sexual; Orientação Sexual, com questões relacionadas a vontade e o desejo de realizar sexo; Satisfação Sexual, com interrogações sobre a presença de satisfação durante a atividade sexual; e Resposta Sexual, relacionada a presença

de ereção, ejaculação, orgasmo e uso de adaptação para início e manutenção da ereção. A última parte, referente ao período pós-lesão, apresenta além dos 4 blocos citados anteriormente, questões relacionadas ao Aconselhamento Sexual, com informações a respeito do recebimento de orientações a cerca das alterações das respostas sexuais após a LM e se as orientações poderiam melhorar a qualidade da vida sexual; e Ajuste Sexual, em que trata do quanto o indivíduo se ajustou em termos físicos e psicológicos diante da nova situação.

Das sessenta e sete (67) questões, o instrumento apresenta cinquenta e sete (57) fechadas e dez (10) abertas. Destas, três (3) estão na primeira parte (Anamnese) e se referem a idade (em anos), profissão e tempo de lesão (em anos); três (3) se encontram na segunda parte (período pré-lesão) e aborda o tempo de vida sexual (em anos), idade da primeira relação sexual e a quantidade de parceiros sexuais; e quatro (4) na última parte (período pós-lesão) e contempla questões a respeito do tempo de vida sexual ativo, quantidade de parceiros sexuais, descrição de uma cena que achava muito excitante antes da LM e outra descrição de uma cena excitante após a LM.

Para este estudo foram selecionadas vinte e sete (27) questões: vinte e quatro (24) fechadas e três (3) abertas. Na Anamnese, foram utilizadas treze (13) questões sobre o perfil sociodemográfico e clínico dos indivíduos: sexo, idade, profissão, escolaridade, etnia, estado civil antes e após a LM, religião, etiologia, nível neurológico e tipo de lesão, a classificação de acordo com a ASIA e tempo de lesão. Na parte que se refere ao período pré-LM foram selecionados sete (7) questões sobre a prática sexual (vida sexual e frequência sexual), orientação sexual (vontade de fazer sexo), satisfação sexual e resposta sexual (ereção, ejaculação e orgasmo). Por fim, também foram selecionadas sete (7) perguntas sobre prática, orientação, satisfação e resposta sexual, sendo que no período após o agravo. A seleção das questões que foram utilizadas do instrumento atenderam os objetivos dessa pesquisa.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Antes da realização da coleta de dados foi elaborado um material didático com orientações para guiar os pesquisadores durante a entrevista, e, em seguida, foi realizado um treinamento com os mesmos. A abordagem aos indivíduos e coleta de dados foram realizadas no período de julho de 2017 a fevereiro de 2018. O contato inicial foi feito com o enfermeiro responsável pela UBS. Ele foi informado sobre a pesquisa e indagado se havia pessoas com LM na sua área geográfica de atuação. Esse profissional consultou a sua equipe e, em seguida, havendo pessoas elegíveis para a pesquisa, identificou o Agente Comunitário de Saúde

responsável por elas, e agendou uma visita do pesquisador a sua casa. Quando a pessoa a ser pesquisada era mulher, a entrevista era realizada por alguém do sexo feminino, e quando homem, a entrevista era realizada por alguém do sexo masculino.

Na visita ao indivíduo elegível, este recebia informações sobre a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que era assinado em duas vias – uma para o pesquisador e outra para o pesquisado – quando da colaboração em participar da pesquisa.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados eletrônicos e analisados por meio do programa estatístico SPSS *versão* 24.0 para *windows* e apresentados por meio de tabelas. Para a análise das variáveis categóricas nominais sociodemográficas e clínicas foi utilizada a estatística descritiva, em que foram calculadas as suas frequências absolutas e relativas.

A normalidade da amostra foi verificada através do teste de Shapiro-Wilk. As comparações entre as variáveis prática, orientação, satisfação e resposta sexual antes e após a lesão medular foram analisadas por meio do teste Wilcoxon. As investigações consideraram o nível de confiança de 95%.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) sob o CAAE Plataforma Brasil: 68629917.4.0000.5187, número do parecer: 2.124.440 (ANEXO B) e somente após a sua aprovação, as coletas foram iniciadas, conforme os ditames da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os indivíduos foram esclarecidos sobre a pesquisa, os objetivos e os benefícios. Também foi assegurado ao pesquisado o seu direito da privacidade e de desistência a qualquer momento da pesquisa sem nenhum ônus. Os riscos que os participantes da pesquisa poderiam estar expostos foram considerados mínimos, pois os entrevistados poderiam sentir-se ansiosos, irritados, desconfortáveis ou constrangidos diante da aplicação do questionário, o que poderia ter influenciado a sua desistência na pesquisa. Para minimizar a ocorrência de situações como essas, a equipe de pesquisa seguiu os preceitos éticos e estava devidamente qualificada e treinada para aplicar os formulários de forma compreensível e adequada,

esclarecendo e garantindo o sigilo das informações e o direito de desistir sem ônus, em qualquer fase da pesquisa.

5. RESULTADOS

Os resultados deste trabalho consistem na produção de artigo^a científico para publicação, cujo conteúdo foi reproduzido integralmente a seguir. O artigo foi submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia.

5.1 ARTIGO

Perfil sociodemográfico, clínico e sexual de adultos com lesão medular

Sociodemographic, clinical and sexual profile of adults with spinal cord injury

¹Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

²Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

¹Rudiney da Silva Araújo. Rua Maria do Carmo Marques dos Santos, 262A, Ramadinha II, Campina Grande, Paraíba, CEP: 58433-712, rudineyaraujo@outlook.com

²Alexsandro Silva Coura. Rua Baraúnas, 35, Bairro Universitário, Campina Grande, Paraíba, CEP: 58429-500, alexcoura_@hotmail.com

^aO artigo está redigido de acordo com os padrões de Vancouver conforme as normas do período a que foi submetido.

Resumo

Introdução: A Lesão Medular é uma afecção neurológica que pode levar à perda parcial ou total da função motora, sensitiva e sexual. **Objetivos:** Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e sexual de adultos com lesão medular, comparando os períodos antes e após o agravo.

Métodos: Estudo transversal com 66 adultos vítimas de lesão medular traumática, entrevistados por meio do Questionário da Sexualidade Humana – Lesão Medular adaptado, de julho de 2017 a fevereiro de 2018. Foram realizados no SPSS os testes Shapiro-Wilk e Teste Wilcoxon, com 99% de nível de confiança. **Resultados:** Verificou-se que a maior

frequência dos participantes são homens (81,8%), não brancos (74,%), sofreram lesão até os 30 anos (48,5%), vítimas de acidente de trânsito (34,8%), possuem lesão incompleta (75,8%) e têm vida sexual (45,5%). A frequência, o desejo e a satisfação sexual decaíram após a lesão bem como ereção, ejaculação e orgasmo ($p < 0,01$). **Conclusões:** Constatou-se que a maioria são homens, jovens, em idade produtiva, vítimas de acidentes de trânsito, levando à inferência que esses indivíduos estão mais expostos à violência urbana. Foi observado que após a lesão medular houve decréscimo na atividade, frequência, desejo e satisfação sexual, bem como nas respostas sexuais da ereção, ejaculação e orgasmo. Sugere-se que as unidades de saúde planejem e otimizem suas ações voltadas para esses usuários, incentivando a reabilitação motora e a abordagem da sexualidade inserindo também os cônjuges.

Palavras-chaves: Traumatismos da Medula Espinhal; Sexualidade; Pessoas com Deficiência; Fatores socioeconômicos; Saúde Pública.

Abstract

Background: Spinal cord injury is a neurological condition that can lead to partial or total loss of motor, sensory and sexual function. **Aim:** To describe the sociodemographic, clinical and sexual profile of adults with spinal cord injury, comparing the periods before and after the injury. **Methods:** A cross-sectional study was carried out with 66 adult victims of traumatic spinal cord injury, interviewed through the Human Sexuality Questionnaire - Spinal Cord Injury adapted, from July 2017 to February 2018. Statistical analyses were performed using SPSS, including Shapiro-Wilk and Wilcoxon, with 99% confidence level. **Results:** The higher frequency of the participants are men (81.8%), non-white (74,%), got injury until age 30 (48.5%), were affected by traffic accident (34,8%), have incomplete lesion (75.8%) and have a sexual life (45.5%). Frequency, desire and sexual satisfaction decreased after injury as well as erection, ejaculation and orgasm ($p<0.01$). **Conclusions:** It was found that the higher frequency are young men, at productive age, victims by traffic accidents, leading to the inference that these group are more exposed to urban violence. It was observed that after spinal cord injury there was decrease in activity, frequency, desire and sexual satisfaction, as well as sexual responses of erection, ejaculation and orgasm. It is suggest that the health care units plan and optimize their actions to their users, encouraging them to motor rehabilitation and approaching sexuality by also inserting the spouses.

Keywords: Spinal Cord Injuries; Sexuality; Disabled Persons; Socioeconomic Factors; Public Health.

INTRODUÇÃO

A Lesão Medular (LM) é uma síndrome neurológica incapacitante decorrente da agressão à medula espinhal e que compromete as funções motoras, sensitivas e autonômicas do indivíduo afetando diretamente sua qualidade de vida e se configurando como um problema de saúde pública.^{1,2} A prevalência de LM nos Estados Unidos é de 250 mil casos e a incidência de 30 a 40 casos/milhão. No Brasil, embora não seja um agravo de notificação compulsória e não haja dados precisos, estima-se uma prevalência de cerca de 130 mil e incidência anual de 40/milhão ou 6 a 8 mil novos casos, sendo 80% de natureza traumática.^{3,4}

As maiores vítimas são homens, jovens entre 10 a 30 anos, de áreas urbanas, em idade produtiva vítimas de acidentes de trânsito, arma de fogo e quedas, devido ao estilo de vida a que se expõem, causando um alto custo social e econômico.^{4,5}

De acordo com a *American Spinal Injury Association* (ASIA) a LM é classificada em completa quando há perda total de todas as vias motora e sensitiva abaixo do nível da lesão, e incompleta quando há preservação de algumas vias da função motora e/ou sensitiva abaixo da lesão.⁶

As lesões que ocorrem nos segmentos medulares torácico, lombar e sacral desencadeiam um quadro de paraplegia que manifesta perda da função motora/sensitiva do tronco e membros inferiores; e lesões no segmento cervical levam ao quadro de tetraplegia causando perda da função motora/sensitiva no tronco, membros superiores e inferiores.^{7,8}

Além do prejuízo da função motora e sensitiva, a LM pode desencadear alterações autonômicas da resposta sexual, como dificuldade de alcançar e manter ereção, ejaculação, orgasmos, comprometendo a vida sexual, satisfação e desejo sexual, além das mudanças físicas e psicológicas que contribuem para o comprometimento da saúde física e mental dos indivíduos.^{9,10,11}

A ereção é a capacidade do indivíduo de alcançar e se manter excitado, e pode estar abolida ou ocorrer com pouca qualidade. O indivíduo pode ter excitação psicogênica e reflexa. Lesões nos segmentos sacrais podem banir a resposta reflexa obrigando o indivíduo a estimular a excitação psicogênica.¹¹

A ejaculação é a emissão do líquido seminal pelo orifício externo da uretra e sua disfunção está relacionada à lesão nos segmentos tóraco-lombar e sacral.¹² Já o orgasmo é um curto período de prazer ou clímax durante o ato sexual e pode se apresentar normal, ausente ou alterado.¹²

Embora ocorra uma diminuição na atividade e resposta sexual em relação ao período anterior à LM, os indivíduos continuam mantendo suas atividades sexuais. Conhecer as características da sexualidade de pessoas com LM é fundamental diante da escassa discussão na literatura sobre esta temática. Assim, o objetivo desse estudo é descrever o perfil sociodemográfico, clínico e sexual de adultos com LM, comparando os períodos antes e após o agravo.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa realizado no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Em decorrência da baixa prevalência de LM, pesquisou-se toda a população, totalizando 66 indivíduos de ambos os sexos, adscritos nas Unidades Saúde da Família (USF), com LM de etiologia traumática e que tiveram algum tipo de atividade sexual no período anterior ao agravo. Foram excluídas as pessoas que se encontravam na fase de choque medular, tinham outra afecção neurológica concomitante e que relataram ter disfunção sexual antes da lesão.

Os dados foram coletados no período de junho de 2017 a fevereiro de 2018, nas 82 Unidades Básicas de Saúde. Foi realizado o contato inicial com o enfermeiro responsável pela

UBS e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e, quando havia pessoas elegíveis para o estudo, o ACS agendava uma visita ao domicílio do indivíduo que recebia informação sobre a pesquisa e, concordando em participar, assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quando a pessoa a ser pesquisada era mulher, a pesquisa era realizada por alguém do sexo feminino, e quando homem, pelo sexo masculino.

O instrumento utilizado para coleta foi o Questionário da Sexualidade Humana – Lesão Medular – (QSH-LM)¹³ composto por 67 questões abertas e fechadas e dividido em três partes. A primeira é composta pela anamnese com informações sobre os dados sociodemográficos e clínico da lesão; a segunda contempla o período pré LM e está dividida em 4 blocos de perguntas: Prática Sexual (atividade e frequência sexual), Orientação Sexual (vontade e desejo de realizar sexo), Satisfação Sexual (contentamento com vida sexual) e Resposta Sexual (ereção, ejaculação, orgasmo e uso de adaptação para ereção); terceira, refere-se ao período pós LM e apresenta além dos 4 blocos anteriores, questões relacionadas ao Aconselhamento Sexual (aconselhamento recebido) e Ajuste Sexual (quanto o indivíduo se ajustou em termos físicos e psicológicos). Para este estudo foram selecionadas 27 questões de acordo com os objetivos da pesquisa.

Todos os dados foram tabulados e analisados no programa *SPSS* versão 24.0 para *windows* e apresentados por meio de tabelas. As comparações investigadas consideraram o nível de confiança de 95%. Para a análise das variáveis sociodemográficas e clínicas foi foram calculadas as frequências absolutas e relativas.

As comparações entre prática, orientação, satisfação e resposta sexual antes e após a LM foram analisadas por meio do teste Wilcoxon e apresentadas as medianas. Também foi feito o Teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade da distribuição. As análises foram consideradas o nível de confiança de 99%.

O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, CAAE 68629917.4.0000.5187, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Como mostra a Tabela 1, a maior frequência dos indivíduos era homem (81,8%), não branco (74,2%), católico (59,1%), sem companheira (53%), com baixa escolaridade (42,2%) e possui profissão (86,4%). A maior parte sofreu lesão até 30 anos de idade (48,5%), a média de idade na época da lesão foi de 33,58 anos ($\pm 16,66$) e no momento da coleta a média foi de 42,59 ($\pm 17,17$). O tempo médio de LM foi de 9,32 anos ($\pm 8,78$).

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de adultos com lesão medular, Campina Grande, 2017-2018.

Variáveis		n (66)	%
Sexo	Masculino	54	81,8
	Feminino	12	18,2
Idade atual	18 – 36	28	42,4
	37 – 55	22	33,4
	56 – 74	13	19,7
	75 – 93	3	4,5
Idade na época da lesão	12 – 30	32	48,5
	31 – 49	27	40,9
	50 – 68	4	6,1
	69 – 84	3	4,5
Etnia	Parda	37	56,1
	Branca	17	25,8
	Negra	10	15,1
	Amarela	2	3
Religião	Católica	39	59,1
	Evangélica	22	33,4
	Espírita	1	1,5
	Religião de matriz africana	1	1,5
	Outra	3	4,5
Escolaridade	Ensino Fundamental	28	42,4
	Ensino Médio	17	25,8
	Graduação	14	21,2

	Pós-Graduação	4	6,1
	Nunca estudou	3	4,5
Profissão	Sim	57	86,4
	Não	9	13,6
Estado civil antes da lesão	Casado	29	44,0
	União estável	6	9,1
	Solteiro	26	39,4
	Separado	2	3,0
	Viúvo	3	4,5
Estado civil após a lesão	Casado	26	39,4
	União estável	5	7,6
	Solteiro	28	42,4
	Separado	3	4,5
	Viúvo	4	6,1

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 2 mostra que a principal causa da LM foi o acidente de trânsito (34,8%), tipo incompleta (75,8%), porém a maior parte dos indivíduos não soube classificar de acordo com a escala ASIA (86,4%), sendo o segmento torácico o mais acometido (40,2%) e mais de um terço dos participantes sofreu lesão em mais de um nível da medula (39,4%).

Tabela 2: Perfil clínico de adultos com lesão medular, Campina Grande, 2017-2018.

Variáveis	n (66)	%
Etiologia da lesão		
Acidente de moto	10	15,1
Acidente de carro	13	19,7
Queda	13	19,7
Mergulho em água rasa	4	6,1
Arma de fogo	21	31,8
Acidente de trabalho	5	7,6
Tipo de lesão		
Completa	16	24,2
Incompleta	50	75,8
Nível da lesão		
C1 – C3	10	8,5
C4 – C7	12	10,3
T1 – T6	27	23,1
T7 – T12	20	17,1
L1 – L5	17	14,5

Não sabe	31	26,5
Segmentos lesionado por agravo*		
Um	9	13,6
Dois	13	19,7
Três	7	10,6
Quatro	1	1,5
Cinco	4	6,1
Seis	1	1,5
Não sabe	31	47,0
Classificação ASIA**		
ASIA A – LM Completa	4	6,1
ASIA B – LM Incompleta	2	3,0
ASIA C – LM Incompleta	1	1,5
ASIA D – LM Incompleta	2	3,0
Não conhece classificação ASIA**	57	86,4

Fonte: Dados da pesquisa.

* O valor de n não corresponde ao tamanho da amostra, pois o indivíduo podia apresentar lesão em mais de um segmento da medula espinhal.

** *American Spinal Injury Association*

A Tabela 3 revela que antes da LM, quase todos os entrevistados tinham vida sexual ativa (95,5%), porém, após o agravo, menos da metade (45,5%) conseguiam manter. Da mesma forma observa-se redução estatisticamente significativa em relação à frequência, vontade de fazer sexo, satisfação sexual, ereção, ejaculação e orgasmo entre os períodos pré e pós LM ($p < 0,01$).

Tabela 3: Prática, orientação, satisfação e resposta sexual de adultos antes e após a lesão medular.

Variável	Pré-LM*	Pós-LM*	Teste de Wilcoxon	P
Prática Sexual				
Frequência Sexual	4,00	0,00	-5,693	< 0,01
Orientação Sexual				
Desejo sexual	10,00	5,50	-5,018	< 0,01
Satisfação Sexual				
Satisfeito sexualmente	10,00	4,00	-5,932	< 0,01
Resposta Sexual				

Ereção	9,50	2,00	-6,116	< 0,01
Ejaculação	10,00	0,00	-6,409	< 0,01
Orgasmo	10,00	1,00	-6,458	< 0,01

Fonte: Dados da pesquisa. Valores das medianas

*Lesão Medular

DISCUSSÃO

A maior frequência de LM em homens jovens, encontrada nesse estudo corrobora com dados encontrados no estudo realizado na cidade de Natal/RN, onde 84,9% eram homens, entre 18 e 34 anos (60,3%) e a média de idade de 25,48 anos.⁷ Outras pesquisas realizadas em Manaus (83,3%), Belém (86,5%) e Suíça (74,4%) também revelaram a maioria de homens jovens.^{15,16,17}

A literatura mostra que esse perfil é característico de países desenvolvidos e em desenvolvimento como o Brasil.¹⁸ A alta prevalência da LM em homens, jovens, em idade produtiva está associada ao estilo de vida adotado que apresenta comportamentos em que acaba se expondo mais aos riscos. Além disso, é importante considerar que nessa idade, ocorre a inserção na sociedade e mercado de trabalho, constituindo um sério problema de saúde pública devido ao comprometimento da saúde e limitação para as atividades laborais e cotidianas, demandando altos custos econômicos tanto para a família como para a sociedade, devido ao longo período de internação, reabilitação e reinserção social.¹⁹

A predominância de indivíduos de etnia não branca que possuem profissão e com baixa escolaridade corrobora com o estudo realizado em Campina Grande onde a maioria dos participantes era não branca (68,1%) e estudaram até o ensino fundamental (76,6%).²⁰ Em relação à profissão e/ou ocupação, os estudos se mostram divergentes, principalmente devido a heterogeneidade dos métodos em abordar essa questão, pois alguns contemplam a profissão dos indivíduos, outros a ocupação na época da entrevista ou do agravo.

Assim, pesquisa realizada em Sorocaba/SP revelou que mais da metade da amostra não trabalhava na época em que foi realizada a entrevista (68%), em consonância com a investigação realizada no estado do Ceará onde mais da metade (51,6%) também não tinha ocupação, sendo que 59,7% tinham estudado até o ensino fundamental.^{21,22}

Resultados divergentes foram encontrados no estudo realizado em São José do Rio Preto/SP que revelou a maioria dos indivíduos era branco (85%), e trabalhava (83%) na época do agravo.²³ A ocorrência de LM em pessoas não brancas, com baixa escolaridade e não inseridas no mercado de trabalho pode estar relacionada às diferenças nas políticas sociais e econômicas que não assistem de forma equânime esses segmentos sociais. Além disso, pessoas com limitações físicas e de saúde têm maior dificuldade de acesso ao mercado de trabalho e obtenção de renda.^{14,24}

As informações sobre o nível socioeconômico dos indivíduos com LM são de suma importância para compreender os resultados sobre sua qualidade de vida, pois o baixo nível pode contribuir para redução da percepção subjetiva da qualidade de vida, e fazer o indivíduo abandonar seu tratamento, além de levá-lo a ter percepção negativa das condições do ambiente, meio de transporte, moradia, interferindo negativamente na sua vida.²⁵

Estudo realizado na cidade de São Paulo/SP revelou que Pessoas com Deficiência (PcD) apresentam grau de satisfação no trabalho, o que pode ser explicado pelo fato dessa parcela da população ser excluída desse processo e, ao conquistar o mercado de trabalho, valorizam mais do que as pessoas que não têm as mesmas limitações.²¹

Nesse estudo, a predominância foi de indivíduos que professam a fé católica e que tinham parceiros na época do agravo, porém após a LM, a maioria passou a ser de pessoas sem companheiros como as investigações de Coura et al.¹⁴ (61,7%), Melo-Neto et al.²³ (59%) e Campos et al.²⁷ (54,29%) que revelaram os indivíduos sem companheiros ter a maior

representatividade e que em todos eles, a religião católica era professada pela maioria da amostra. Resultados divergentes foram encontrados em Goiânia onde, no momento da entrevista, 52,5% tinham companheiros, e isso pode ter ocorrido devido às características da amostra que apresentou menor faixa etária e maior escolaridade que pode levar o indivíduo a ter uma maior interação social.²⁶

Não foram encontrados na literatura pesquisada estudos que comparassem o estado civil dos indivíduos com LM antes e após o agravo. Nessa investigação, percebeu-se que antes da lesão o número de pessoas com companheiros (casamento e união estável) era mais da metade da amostra, no entanto, após o agravo houve um decréscimo. Isso pode ser explicado porque os casamentos de pessoas com LM ocorrem com uma taxa menor em relação à população geral, devido a diminuição nas relações sociais e estado de saúde dos indivíduos, e a predominância do credo católico pode ser explicado pelo fato de ser a religião que apresenta mais adeptos no país.²⁸ Ter um companheiro e/ou suporte familiar bem como um credo para buscar apoio e respostas para a sua vida é muito importante para enfrentar as condições adversas ao longo de sua vida.²⁹

Nesse estudo, a maior prevalência de acidente de trânsito seguidos de arma de fogo e quedas, corrobora com o estudo de Schoeller et al. que apresentaram as mesmas causas, nessa ordem.³⁰ A predominância por acidente de trânsito (carro e moto) também foram encontrados nos estudos realizados em Palmas/TO (62,7%), Paranaíba/PR (62,5%) e Detroit/EUA (60%).^{31,32,33} No entanto, resultados divergentes apontaram a queda como a principal causa em estudos realizados em dois hospitais de Porto Alegre (40,4%) e Chiapas/México (61,7%). A divergência em ambas as pesquisas pode ser explicada pela diferença na característica da amostra, onde no primeiro a faixa etária mais prevalente foi de 40 a 60 anos (34,2%), média de idade de 47,8 anos, e no segundo, de 31 a 45 anos o qual a literatura aponta que a queda está mais presente em populações de faixas etárias maiores.^{34,35}

Já a maior prevalência de arma de fogo em estudo realizado em Manizales/Colômbia (53%) pode ser explicada pelo alto índice de violência decorrente do histórico de narcotráfico e guerrilha naquela região que registrou, em 2017, uma taxa de homicídio de 19/100.00 habitantes enquanto a média mundial é de 6,1 por cem mil habitantes.^{36,37}

A literatura relata que as principais causas de LM são os acidentes de trânsito, quedas e arma de fogo, porém elas variam de acordo com o continente, país, cidade e mesmo entre região urbana e rural.^{38,39} A alta prevalência das causas encontradas nesse estudo e na literatura, pode ser explicada pelo fato da crescente violência urbana no trânsito, estradas em má condições e sem sinalização, aumento das vendas de motocicletas, ingestão de álcool associada ao ato de dirigir, desrespeito às leis de trânsito bem como a impunidade para os infratores. Somado a isso, há aumento da violência interpessoal e consumo desenfreado de drogas.^{32,40,41}

A falta de política pública, a impunidade e o aumento da violência contribuem para a reprodução das altas prevalências de LM decorrente da violência urbana. Diante desse quadro, as projeções que se desenham é a de uma forte tendência de se acentuar a incidência de LM por mecanismo traumático, principalmente decorrente do quadro social de violência urbana (violência no trânsito e violência física interpessoal) dos grandes centros urbanos brasileiro.^{20,41}

A maioria de lesão incompleta nesse estudo está em consonância com a investigação realizada por Oliveira et al.⁴⁰ (80%), em contrapartida, Kawanishi e Greguol²⁵ apontaram a lesão completa como a mais frequente (68,1%), o que pode ser explicado devido a metade da causa da LM ter ocorrido por arma de fogo. Já a maior prevalência da lesão no segmento torácico corrobora estudos realizados em Teerã/Irã⁴⁰, Londrina/PR²⁵, e Salvador/BA.⁴⁰

A maior frequência de um tipo de lesão ou outro está relacionada à etiologia e mecânica do trauma, além disso, a região torácica é mais frequente pelo fato desse segmento representar uma área anatômica maior.¹⁶ Nesse contexto, é mister conhecer qual o segmento da medula espinhal é acometido, para predizer o tipo de complicação que poderá surgir. Lesão no segmento cervical, por exemplo, pode comprometer o sistema respiratório e necessitar de intubação, na região torácica, pode ocorrer distúrbios no sistema nervoso simpático e parassimpático, no controle esfinteriano e na função sexual.³⁰

Nesse estudo, mais de um terço da amostra sofreu lesão em mais de um segmento da medula espinhal, e a maioria dos indivíduos afirmou que não conhecia a classificação da LM segundo a escala ASIA, e, entre os que conheciam, houve maior prevalência de ASIA A, corroborando com as pesquisas realizadas em Guadalajara/México⁴² (76,7%), e São José do Rio Preto²⁰ (37,5) que também identificaram maior prevalência de ASIA A.⁴³ É necessário salientar a importância de conhecer a classificação da LM de acordo com a ASIA para efeito de prognóstico, sendo assim, ASIA A é classificada como uma lesão completa, portanto, é a que tem o menor prognóstico.¹⁶ A falta de conhecimento da classificação pela maioria, nesse estudo, pode ter ocorrido pela baixa escolaridade apresentada pela amostra.

Antes da LM quase todos tinham vida sexual ativa e, depois, menos da metade mantém essa prática, um pouco abaixo dos valores encontrados nos estudos realizados em Washington DC, Estados Unidos (58%) e Londrina (75%), nas investigações apenas com homens, segundo os quais apresentaram frequência sexual, após o agravo, de menos de 1 vez por semana, como encontrado nesse estudo, e que antes do agravo a média de frequência sexual era de 4 vezes por semana.^{44,45}

A prática e a frequência sexual diminuem após a LM e podem estar relacionadas à pouca orientação que as pessoas e seus companheiros recebem sobre sexualidade, as

limitações físicas e habilidades sexuais impostas pela lesão, a função erétil no homem que muitas vezes não é o suficiente para permitir penetração, o medo e ansiedade de não conseguir se reajustar para atividade sexual diante da nova condição, além disso as pessoas tendem a focar apenas na reabilitação física.^{28,44,46}

A perda do desejo e a diminuição da satisfação sexual de homens e mulheres após LM, encontradas nesse estudo, está de acordo com pesquisas realizadas apenas com homens, na Jamaica e Coreia do Sul, onde 94,3% dos homens apresentaram distúrbios no desejo sexual e 2,3% estavam sexualmente satisfeitos, respectivamente nos dois países. Já nas pesquisas realizadas com mulheres, em Praga, República Checa, houve queda estatisticamente significativa no desejo sexual entre os períodos antes e após a LM, e, em Teerã, Irã, houve decréscimo significativo na satisfação sexual em relação ao grupo controle que não tinha LM.^{47,48,49,50}

Os fatores que diminuem o desejo e a satisfação sexual podem estar associados com a diminuição da sensibilidade, ausência de ajuste físico ou psicológico e baixo auto estima, além disso, na mulheres podem ocorrer devido a problemas vesicais, intestinais e lubrificação da vagina, enquanto no homem, a aparência física e dificuldades de alcançar e manter ereção.^{44,46}

Em relação à resposta sexual, o presente estudo revelou que houve redução estatisticamente significativa na capacidade de alcançar a ejaculação, orgasmo e ereção, respectivamente, do mais ao menos comprometido como em pesquisa realizada em São Paulo.⁵¹ Já em Castela-Mancha, na Espanha e na Jamaica os indivíduos apresentaram maiores prejuízos na ereção, seguidos de orgasmo e ejaculação, e essa diferença na ordem pode ter ocorrido devido em ambas as pesquisas serem compostas apenas por homens.^{52,47}

De acordo com a literatura, ocorre maior comprometimento no orgasmo, seguidos de ejaculação e ereção. A ereção ocorre por respostas localizadas no córtex cerebral em conjunto com a medula espinhal, assim, o indivíduo pode ter excitação psicogênica e reflexa. Além disso, lesão nos segmentos S2, S3 e S4 pode banir a resposta reflexa obrigando o indivíduo a estimular a excitação psicogênica, que pode estar ausente na lesão dos segmentos T11-L2.⁵³

Distúrbios da ejaculação estão associados à lesão em T11-L2 responsável pela emissão e saída do líquido seminal para a uretra, e S2-S4 responsável pela expulsão do líquido da uretra.⁵⁴ Já o orgasmo está relacionado mais com fatores subjetivos e cognitivos do que motora ou sensitiva, e pode estar condicionado a fatores diferentes em homens e mulheres, e a sua diminuição pode estar relacionada à dificuldade de alcançar e manter ereção e ejaculação para concluir o ato sexual.⁵⁵

Embora a atividade sexual das pessoas com LM diminua em relação ao período anterior à lesão, elas continuam mantendo vida sexual ativa. O seu decréscimo pode ser explicado pela ocorrência de lesões nas estruturas medulares responsáveis pela resposta sexual, baixo auto estima, condições de saúde, medo, ansiedade, falta de ajuste físico e psicológico, desinteresse, idade e tempo de lesão, tipo de lesão bem como alguns pacientes preferem focar na reabilitação física.^{44,56,57}

Acredita-se que o conhecimento das características da sexualidade de pessoas com LM é de suma importância uma vez que esse tema torna-se um tabu em várias sociedades e, tais informações subsidiarão acadêmicos, profissionais e gestores de saúde na implementação de programas voltados para a reabilitação sexual dos indivíduos com a participação de seus parceiros, ajudando-os a superar as limitações físicas e se reajustarem em termos físicos e psicológicos. Este estudo também contribui para conscientizar a sociedade em relação à

possibilidade da manutenção da expressão da sexualidade na LM, pois ela não acaba com o agravo.

As limitações desse estudo dizem respeito ao viés de memória das informações autorreferidas evocadas pelos entrevistados. Além disso, o tamanho da amostra também se configura como outra dificuldade de se inferir os resultados para outras populações.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria dos indivíduos com LM são homens, não brancos, jovens, em idade produtiva, sem companheira na época da entrevista, com lesão incompleta, causada na maioria das vezes por acidente de trânsito. Após a lesão, continuam sexualmente ativos, no entanto, houve uma redução na frequência, desejo e satisfação sexual bem como na resposta à ereção, ejaculação e orgasmo.

Confirmou-se a hipótese de que a LM influencia na sexualidade dos adultos. Sugere-se que profissionais e gestores de saúde planejem e desenvolvam suas ações para esses usuários, garantindo a reabilitação motora e a abordagem da sexualidade inserindo nesse contexto seus cônjuges, preenchendo as lacunas existentes e superando as dúvidas, mitos e preconceitos. Sugere-se, ainda, novos estudos com amostras maiores e que abordem outros aspectos da vida de adultos com LM relacionados com a sexualidade.

REFERÊNCIAS

1.Santino TA, Melo EM, Tito TLH, Sousa HLL, Barbosa VRN, Moreira CH. Intervenção fisioterapêutica associada à psicomotricidade em portadores de lesão medular. Revista Conexão UEPG. 2014;9(1):24-33.

- 2.Hernandez GC, Buitimea CJV, Suarez JG. Lesión neurológica incompleta ASIA B secundario a fractura luxación de L3-L4 por traumatismo de alta energia em região lumbar. *Coluna/Columna*. 2013;12(3):249-252.
- 3.Hagen EM. Acute complications of spinal cord injuries. *World Orthop*. 2015;6(1):17-23.
- 4.Nunes DM, Morais CR, Ferreira CG. Fisiopatologia da lesão medular: uma revisão sobre os aspectos evolutivos da doença. *Getec*. 2017;6(1):87-103.
- 5.Nepomuceno E, Melo AS, Silva SS. Alterações relacionadas aos aspectos da sexualidade no lesado medular: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE OnLine*. 2014;8(2):396-406.
- 6.Rouanet C, Reges D, Rocha E, Gagliardi V, Silva GS. Traumatic spinal cord injury: current concepts and treatment up date. *Arq Neuropsiquiatr*. 2017;5(6):387-393.
- 7.Kaufmann K, Grave M. A sexualidade em mulheres com lesão medular adquirida. *Neurociências*. 2014;10(1):17-26.
- 8.Leal SDP, Reis PGS, Freitas GM, Andrade TS, Boechat JCS. Atenção médica no atendimento pré-hospitalar em TRM automobilístico: associação neuroanatômica promovendo qualidade de vida. *REINPEC*. 2017;3(1):269-296.
- 9.Moreno-Lozano M, Durán-Ortíz S, Pérez-Zavala R, Quinzanos-Fresnedo J. Sociodemographic factors associated with sexual dysfunction in Mexico women with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2016;54(n. Esp.):746-749.
- 10.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):274-281.
- 11.Hess MJ, Hough S. Impact of spinal cord injury on sexuality: broad-based clinical practice intervention and practical application. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 2013;35(4):211-218.
- 12.Oliveira S, Azenha A, Sousa AP, Pinheiro, Santos ATA. Eficácia da vibroestimulação peniana após lesão medular. *Acta Urológica Portuguesa*. 2016;33(1):16-21.

13. Baasch AKM. Sexualidade na lesão medular. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina; 2008.
14. Coura AS, Enders BC, França ISX, Vieira CENK, Dantas DNA, Menezes DJC. Capacidade de autocuidado e sua associação com os fatores sociodemográficos de pessoas com lesão medular. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(6):1154-1162.
15. Corrêa LS, Lopes Neto D, Rodriguez EOL. Qualidade de vida de pessoas com lesão medular traumática. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(4): 695-700.
16. Pereira ELR, Gomes AL, Rodrigues DB. Epidemiologia do traumatismo raquimedular por projéteis de armas de fogo em um hospital de referência no estado do Pará. *Arquivos Brasileiros de Neurologia*. 2015; 34(1):13-19.
17. Chamberlain JD, Deriaz O, Hund-Georgiadis M, Meier S, Scheel-Sailer A, Schubert M, et al. Epidemiology and contemporary risk profile of traumatic spinal cord injury in Switzerland. *Injury Epidemiology*. 2015; 2(28):1-11.
18. Lee B, Cripps RA, Fitzharris M, Wing PC. The global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: update 2011, global incidence rate. *Spinal Cord*. 2014; 52(n. Esp.):110-116.
19. Viúdes MAA, Costa JM, Nunes CMP. Perfil dos pacientes internados por trauma raquimedular em hospital público de ensino. *Rev Med Minas Gerais*. 2015;25(3):380-386.
20. França ISX, Enders BC, Coura AS, Cruz GKP, Aragão JS, Oliveira DRC. Lifestyle and health conditions of adults with spinal cord injury. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(2):244-251.
21. Almeida SA, Santo PFE, Guimarães MMSD, Dutra ORAA, Bueno MLGM, Salome GM, et al. Depressão em indivíduos com lesão traumática de medula espinhal com úlcera por pressão. *Rev Bras Cir Plást*. 2013;28(2):282-288.
22. Carvalho ZMF, Machado WG, Façanha DMA, Magalhães SR, Rodrigues ASR, Brito AMC. Avaliação da funcionalidade de pessoas com lesão medular para atividades da vida diária. *Arquichan*. 2014;14(2):148-158.

- 23.Melo-Neto JS, Vidotto LEL, Gomes FC, Moraisv DF, Tognola WA. Characteristics and clinical aspects of patients with spinal cord injury undergoing surgery. *Rev Bras Ortop.* 2017;52(4):470-490.
- 24.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):149-152.
- 25.Kawanishi CY, Greguol M. Avaliação da autonomia funcional de adultos com lesão medular. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2014;25(2):159-166.
- 26.Dalete M, Ribeiro MB. Qualidade de vida em portadores de lesão medular com úlcera por pressão. *Enfermería Global.* 2016;42(n. Esp.):22-30.
- 27.Campos RR, Miranda MDC, Carvalho ZMF, Vall J. Sintomas depressivos em pessoas com lesão medular traumática crônica. *Cogitare Enferm.* 2015;18(3):433-438.
- 28.Costa BT, Torrecilha LA, Paloco SA, Spricigo JMVA, Souza RB, Santos SMS. O perfil e as adaptações sexuais de homens após a lesão medular. *Acta Fisiatr.* 2014; 21(4):177-182.
- 29.Lopes SM, Silva PB, Macedo EC. Qualidade de vida e a satisfação no trabalho: percepções de trabalhadores com deficiência. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento.* 2014;14(2):42-55.
- 30.Schoeller SD, Grumann ARS, Martini AC, Forner S, Sader LT, Nogueira GC. Knowing to care: characterization of individuals with spinal cord injury treated at a rehabilitation center. *Fisioter Mov.* 2015;28(1):77-83.
- 31.Castro DL, Leobras GF, Araújo MSTM, Coutinho IHLS, Figueiredo MAS. Spinal cord trauma patients treated in a tertiary hospital in Palmas, Brazil. *Coluna/Columna.* 2015;14(3):214-217.
- 32.Bernanrdi DM. Epidemiologic profile of surgery for spinomedullary injury at a referral hospital in a country town of Brazil. *Coluna/Columna.* 2014;13(2):136-138.

33. Fritz HA, Dillaway H, Lysack CL. "Don't think paralysis takes away your womanhood": sexual intimacy after spinal cord injury. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2015;69(2):1-10.
34. Frison VB, Teixeira GO, Oliveira TF, Resende TL, Alexandre Neto C. Estudo do perfil do trauma raquimedular em Porto Alegre. *Fisioter Pesq*. 2013;20(2):165-171.
35. Ovalle FAT, Rios EC, Balbuena FR. Incidence and functional evolution of traumatic injuries of the spine. *Coluna/Columna*. 2014;13(3):223-227.
36. Lopez AB, Sánchez LE. Traumatismo de la medulla espinal e incertidumbre desde la teoría de Merle Mishel. *Enfermería Universitaria*. 2017;14(3):176-183.
37. Observatorio de violencia y paz Manizales. Hacia una emergencia social. *Violencia paz y reconciliación*. Manizales: 2018.
38. World Health Organization. *International perspectives on spinal cord injury*. Geneva: WHO; 2013.
39. Ministério da Saúde. *Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
40. Derakhshanrad N, Vosoughi F, Yekaninejad MS, Moshayedi P, Saberi H. Functional impact of multidisciplinary outpatient program on patients with chronic complete spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2015;53(n. Esp.):860-865.
41. Oliveira TAB, Andrade SMS, Prado GO, Fernandes RB, Gusmão MS, Gomes EGF, et al. Epidemiology of spine fractures in motorcycle accident victims. *Coluna/Columna*. 2016;15(1):65-67.
42. Aguayo JMT. Side effects of steroid use in patients with traumatic spinal cord injury. *Coluna/Columna*. 2015;14(1):45-49.
43. Morais DF, Melo Neto JS, Spotti AR, Tognola WA. Predictors of clinical complications in patients with spinomedullary injury. 2014;13(2):139-142.

44. Costa BT, Torrecilha LA, Paloco SA, Spricigo JMVA, Souza RB, Santos SMS. O perfil e as adaptações sexuais de homens após a lesão medular. *Acta Fisiatr.* 2014;21(4):177-182.
45. Smith AE, Molton IR, McMullen K, Jensen M. Sexual function, satisfaction, and use of aids for sexual activity in middle-aged adults with long-term physical disability. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2015;21(3):227-232.
46. Oliveira FW, Silva KCO, Neiva MJLM, Carvalho MR. Sexualidade da pessoa com lesão medular. *R Interd.* 2015;8(3):101-109.
47. Morrison BF, White-Gittens I, Smith S, John SS, Bent R, Dixon R. Evaluation of sexual and fertility dysfunction in spinal cord-injured men in Jamaica. *Spinal Cord Series and Cases.* 2017;3(n. Esp.):25.
48. Choi YA, Kang JH, Shin HI. Sexual activity and sexual satisfaction in Korean men with spinal cord injury. *Spinal Cord.* 2015;53(n. Esp.):697-700.
49. Sramkova T, Skrivanova K, Dolan I, Zamecnik L, Sramkova K, Kriz J, et al. Women's sex life after spinal cord injury. *Sex Med.* 2017;1(5):1-5.
50. Hajiaghababaei M, Javidan NA, Saberi H, Khoei EM, Khalifa DA, Koenig HG, et al. Female sexual dysfunction in patients with spinal cord injury: a study from Iran. *Spinal Cord.* 2014;52(n. Esp.):646-649.
51. Gomes CM, Miranda EP, de Bessa Jr. J, Bellucci CHS, Battistella LR, Abdo CHN, et al. Erectile function predicts sexual satisfaction in men with spinal cord injury. *Sex Med.* 2017;5(n. Esp.):148-155.
52. Virseda-Chamorro M, Salinas-Casado J, Lopez-Garcia-Moreno AM, Cobo-Cuenca AI, Esteban-Fuertes M. Sexual dysfunction in men with spinal cord injury. *Int J Impot Res.* 2013;25(4):133-137.

53. Albright TH, Grabel Z, De Passe JM, Palumbo MA, Daniels AH. Sexual and reproductive function in spinal cord injury and spinal surgery patients. *Orthopedic Reviews*. 2015;7(n.Esp):74-79.
54. Ibrahim E, Brackett NL, Lynne CN. Advances in the management of infertility in men with spinal cord injury. *Asian Journal of Andrology*. 2016;18(n.Esp):382-390.
55. Alexander M, Marson L. Orgasm and SCI: what do we know? *Spinal Cord*. 2017;2(5):1-10.
56. Ribeiro J, Monteiro S, Bártolo A. Ajustamento psicossocial pós-lesão vertebro-medular – associação entre autó-eficácia e sentido na vida. *Psicologia, Saúde & Doença*. 2016;17(3):441-453.
57. Gesser M, Nuernberg AH. Psicologia, sexualidade e deficiência: novas perspectivas em direitos humanos. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 2014;34(4):850-863.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos nesse estudo permitiram identificar que a maioria dos adultos com lesão medular é homem, não branco, jovem, em idade produtiva, sem companheira, católico e com lesão do tipo incompleta causada, na maioria das vezes, por acidente de trânsito. Esses achados mostram que esse segmento está mais exposto à violência urbana, causando, assim, um alto custo social devido a sua inserção nos diferentes serviços de saúde, educação e social, para conseguir se reinserir na sociedade.

Mesmo após a lesão, os indivíduos continuam mantendo sua prática sexual, porém houve diminuição estatisticamente significativo na frequência, desejo e satisfação sexual bem como nas respostas à ereção, ejaculação e orgasmo, quando comparados os períodos antes e após a lesão medular. É importante frisar, que, embora haja redução nas atividades e respostas sexuais dos indivíduos, estes continuam mantendo suas atividades sexuais. Confirmou-se, portanto, a hipótese de que a lesão medular influencia a sexualidade de adultos.

As informações adquiridas nesse estudo permitem identificar o perfil sociodemográfico, clínico e sexual de adultos com lesão medular bem como reconhecer suas principais necessidades frente aos desafios diários proporcionados por suas limitações impostas pelo agravo. Assim, esse estudo contribui com os profissionais e serviços de saúde para implementarem mudanças nos seus comportamentos frente aos desafios na assistência e cuidados a essas pessoas.

Sugere-se que as unidades básicas de saúde planejem e otimizem suas ações voltadas para esses usuários, incentivando a reabilitação motora e a abordagem da sexualidade inserindo, nesse contexto, seus cônjuges em programas de aconselhamentos e reunião de casais. Também sugere outros estudos e a elaboração de programas de educação em saúde a partir de elaboração de material didático como cartilhas, que esclareçam as alterações na função sexual decorrente da LM, preenchendo as lacunas existentes e superando as dúvidas, mitos e preconceitos, para que os indivíduos possam sentir-se novamente confiantes e se readaptem a nova condição e reassuma a sua sexualidade e cidadania.

Espera-se contribuir com os profissionais de saúde para estender sua práxis para dimensões que estão além da reabilitação física dos pacientes vítimas de LM, e que também passem a ter o cuidado com a reabilitação da função sexual e com os aspectos sociais e emocionais destes pacientes.

Nessa perspectiva, essa investigação fornece o seu papel social, pois oferecerá material teórico respaldado na literatura científica, que fundamenta a práxis dos profissionais e gestores, além de contribuir, conseqüentemente, com os indivíduos com LM no sentido de revelar suas reais necessidades para que possam ser supridas pela comunidade científica, profissionais e gestores em saúde, por meio de suas ações isoladas e em parcerias.

As limitações desse estudo dizem respeito à natureza da investigação transversal que não permitir apontar a relação causa e efeito, há, ainda, o viés de memória dos entrevistados em evocar informações pretéritas à lesão no momento da entrevista, e também a amostra reduzida talvez possam dificultar a inferência dos resultados para outras populações, sendo necessário novos estudos, com amostras maiores.

O ponto positivo do estudo diz respeito à importância do seu tema diante de poucas publicações a respeito de tratar exclusivamente o objeto sexualidade de pessoas com lesão medular. Diante de tão delicado assunto, procurou-se ter o máximo de cuidado na eliminação de vieses.

7. MEMORIAL DESCRITIVO

Sou bacharel em Fisioterapia, graduado pela União de Ensino Superior de Campina Grande – UNESC Faculdades, Faculdade de Campina Grande FAC CG, no ano de 2014, e especialista em Fisioterapia Intensiva Adulto, concluído no ano de 2016, na Faculdade Mozarteum de São Paulo.

Durante toda a graduação e especialização sempre me dediquei às atividades acadêmicas de forma intensa. Fui monitor de Anatomia Humana e Semiologia e Semiotécnica. Participei de eventos como congressos, seminários e simpósios e tive trabalho que me rendeu premiação em evento local. O interesse pela pesquisa me fez escolher o Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba para aprofundar meus conhecimentos e dá continuidade a vida acadêmica. Escolhi a linha de pesquisa “Avaliação de Programas, Tecnologias e Serviços em Saúde” e o orientador o Professor Doutor Alexsandro Silva Coura e, juntos, decidimos investigar a influência da lesão medular sobre a sexualidade de adultos de Campina Grande instigado pela lacuna existente sobre a temática. No primeiro ano, demos início á construção de uma revisão integrativa sobre o tema. Em seguida, dei início ao projeto de qualificação que posteriormente se tornou a dissertação intitulada: A sexualidade de adultos com lesão medular. O projeto foi pensado em decorrência da necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a influência da lesão medular sobre sexualidade de adultos uma vez que esse tema é pouco abordado. A qualificação do projeto aconteceu em março de 2017 e iniciei a coleta em junho do mesmo ano.

Após nove meses de coleta de dados, dei inicio ao processo de análise dos dados e construção do artigo para a submissão à Revista Brasileira de Epidemiologia (RBE). Em seguida, foi marcada a data da apresentação da dissertação para conclusão do grau de mestre.

REFERÊNCIAS

ALBRIGHT, T. H., et al. Sexual and reproductive function in spinal cord injury and spinal surgery patients. **Orthopedic Reviews**, Pavia, v.7, p.74-79. 2015.

ALEXANDER, M. S., et al. International spinal cord injury male sexual function basic data set. **International Spinal Cord Society**, United Kingdow, v.79, n.49, p.795-798, jul. 2011.

ALMEIDA, et al. Depressão em indivíduos com lesão traumática de medula espinhal com úlcera por pressão. **Rev Bras Cir Plást**, São Paulo, v.28, n.2, p.282-288, abr. 2013.

BAASCH, A. K. M. **Sexualidade na lesão medular**. 2008. 267 f. Dissertação. (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) - Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, Florianópolis, 2008.

BERTO, C. D.; BARRETO, D. B. M. Pessoas com lesão medular traumática: as alterações biopsicossociais e as expectativas vividas. **Unoesc e Ciência – ACHS**, Santa Catarina, v.2, n.2, p.174-183, jul/dez. 2011.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Cadastro de estabelecimentos de saúde. Campina Grande-PB. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br/cadastro/campina-grande/sus/2189005>. Acesso em: 20 out. 2016

_____. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BURBANO-LOPEZ, C.; SÁNCHEZ, L. E. Traumatismo de la medula espinal e incertidumbre desde la teoría de Merle Mishel. **Enfermería Universitaria**, Granada, Espanha, v.14, n.3, p.176-183, jul/set. 2017.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2002-2004**. Campina Grande, 2002.

CAMPOS, R. R.; MIRANDA, M. D. C.; CARVALHO, Z. M. F.; VALL, J. Sintomas depressivos em pessoas com lesão medular traumática crônica. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.18, n.3, p.433-438, jul/set. 2013.

CARVALHO, Z. M. F., et al. Avaliação da funcionalidade de pessoas com lesão medular para atividades da vida diária. **Aquichan**, Chía, Colômbia, v.14, n.2, p.148-158, jun. 2014.

CONNELL, K. M.; COATES, R.; WOOD, F. M. Sexuality Following trauma injury: a literature review. **Burn Trauma**, USA, v.2, n.1, p.61-70, abr. 2014.

COSTA, L. H. R.; COELHO, E. A. C. Sexualidade e a interseção com o cuidado na prática profissional de enfermeiras. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.66, n.4, p.493-500, jul/ago. 2013.

FENIMAN, S. P., et al. Desenvolvimento e validação de um questionário de qualidade de vida em indivíduos com lesão da medula espinal. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v.23, n.4, p.172-179, fev. 2016.

FRANÇA, I. S.X., et al. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref. **Rev da Esc Enferm da USP**, São Paulo, v.45, n.6, p.1364-1371, ago. 2011.

_____. Lifestyle and health conditions of adults with spinal cord injury. **Invest Educ Enferm**, Antioquia, Colômbia, v.32, n.2, p.244-251, ago. 2014.

FRÉZ, A. R.; SOUZA, A. T.; QUARTIERO, C. R. B.; RUARO, J. A. Perfil funcional de atletas de basquetebol com traumatismo da medula espinhal de acordo com a CIF. **Rev Bras Med Esport**, São Paulo, v.20, n.1, p.78-81, jan/fev. 2014.

GESSER, M.; NUREMBERG, A. H. Psicologia, sexualidade e deficiência: novas perspectivas em direitos humanos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v.34, n.4, p.850-863. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HAGEN, E. M. Acute complications of spinal cord injuries. **World Journal Orthopedic**, Pleasanton, v.6, n.1, p.17-23, jan. 2015.

HERNANDEZ, G. C.; BUTIMEA, C. J. V.; SUAREZ, J. G. Lesión neurológica incompleta Asia B secundário a fractura luxación de L3-L4 por traumatismo de alta energia em região lumbar. **Columna**, São Paulo, v.12, n.3, p.249-252, ago. 2013.

HERNANDEZ-MIRANDA, L. R.; MULLER, T.; BIRCHMEIER, C. The dorsal spinal cord and hindbrain: from developmental mechanism to functional circuits. **Developmental Biology**, Estados Unidos, v.423, n.1, p.34-42, out. 2016.

HESS, M. J.; HOUGH, S. Impact of spinal cord injury on sexuality: broad-based clinical practice intervention and practical application. **The Journal of Spinal Cord Medicine**, United Kingdom, v.35, n4, p.211-218. 2013.

IBRAHIM, E.; BRACKETT, N. L.; LYNNE, C. N. Advances in the management of infertility in men with spinal cord injury. **Asian Journal of Andrology**, Xangay, v.18, p.382-390, mar. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico: cidades – síntese do município**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2504009>>. Acesso em: 20 out. 2016.

KAUFMAN, k.; GRAVE, M. A sexualidade em mulheres com lesão medular adquirida. **Neurociências**, São Paulo, v.10, n.1, p.17-26. 2014.

KAWANISH, C. Y.; GREGUOL, M. Validação de uma bateria de testes para avaliação da autonomia funcional de adultos com lesão na medula espinhal. **Rev Bras Educ Fís Esporte**, São Paulo, v.28, n.1, p.41-55, jan/mar. 2014.

LEAL, S. D. P.; REIS, P. G. S.; FREITAS, G. M. Atenção médica no atendimento pré-hospitalar em TRM automobilístico: associação neuroanatômica promovendo qualidade de vida. **REINPEC**, Rio de Janeiro, v.1, n.3, p.270-296, jan/jun. 2017.

LIMA, C. G.; TORRES, I. P. F.; RACHID FILHO, N. Aspectos psicológicos associados à sexualidade do lesado medular. **Estação Científica**, Macapá, v.1, n.12, p.1-18, dez. 2014.

LOMAS, M. B., et al. Epidemiological profile of patients with traumatic spinal fracture. **Columna**, São Paulo, v.16, n.3, p.224-227, jul/set. 2017.

MAIA, A. C. B.; RODRIGUES, M. G.; GOMES, F. P.; MARQUES, P. F. Educação sexual para pessoas com deficiência física. **Rev Unesp Cienc**, São Paulo, v.10, n.1, p.215-224. 2015.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **The developing human: clinically oriented embryology**. 7 ed. Philadelphia: WB Saunders, 2003.

MORAIS, D. F., et al. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo raquimedular atendidos em hospital terciário. **Columna**, São Paulo, v.12, n.2, p.149-152, mai. 2013.

NEPOMUCENO, L. E.; MELO, A. S.; SILVA, S. S. Alterações relacionadas aos aspectos da sexualidade no lesado medular: revisão integrativa. **Rev Enfer (UFPE On Line)**, Recife, v.8, n.3, p.101-109, fev. 2015.

NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NUNES, D. M.; MORAIS, C. R.; FERREIRA, C. G. Fisiopatologia da lesão medular: uma revisão sobre os aspectos evolutivos da doença. **Getec**, Monte Carmelo, v.6, n.13, p.87-103. 2017.

OLIVEIRA, F. W.; SILVA, K. C. O.; NEIVA, M. J. L. M.; CARVALHO, M. R. Sexualidade da pessoa com lesão medular. **Revista Interdisciplina (Centro Universitário Univovafap)**, Teresina, v.8, n.3, p.101-109, jul/set. 2015.

PEREIRA, E. L. R.; GOMES A. L.; RODRIGUES, D. B. Epidemiologia do traumatismo raquimedular por projéteis de armas de fogo em um hospital de referência no estado do Pará. **Arq Bras Neurocir**, São Paulo, v.34, n.1, p.13-19, nov. 2014.

PEREIRA, N. N.; SILVA, A. A. C.; GORLA, J. I. Antropometria e composição corporal em indivíduos com lesão da medula espinal. **Revista da Sobama**, Presidente Prudente, v.15, n.2, p.15-20, jul/dez. 2014.

ROUANET, et al. Traumatic spinal cord injury: current concepts and treatment update. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v.75, n.6, p.387-393, mar. 2017.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SANCHES-FUENTES, M. M.; SANTOS-IGLESIAS, P.; SIERA, J. C. A systematic review of sexual satisfaction. **International Journal of Clinical Health Psychology**, Madrid, v.14, p.67-75, out. 2014.

SANTINO, T. A., et al. Intervenção fisioterapêutica associada à psicomotricidade em portadores de lesão medular. **Rev Conexão UEPG**, Ponta Grossa, v.9, n.1, p.24-33, jan/jun 2014.

SILVEIRA, G. F., et al. Produção científica da área da saúde sobre a sexualidade humana. **Saúde Soc**, São Paulo, v.23, n1, p.302-312. 2014.

STOKES, M. C. **Neurologia para fisioterapeutas**. São Paulo: Premier, 2000.

SPENCER, A. P. **Anatomia humana básica**. São Paulo: Manole, 1991.

STROMANN, P. W., et al., The current state-of-the-art of spinal cord imaging: methods. **Neuroimage**, Estados Unidos, v.84, n.1, p.1070-1081, jan. 2015.

SUN, et al. Multiple organ dysfunction and systemic inflammation after spinal cord injury: a complex relationship. **Journal of Neuroinflammation**, Arkansas, v.13, n.26, p.1-11. 2016.

SUNILKUMAR, M. M.; BOSTON, P.; RAJAGOPAL, M. R. Sexual functioning in men living with a spinal cord injury – a narrative literature review. **Indian Journal of Palliative Care**, Karunashraya, v.21, n.3, p.274-281, set/dez. 2015.

UMPHRED, D. A.; SCHNEIDER, F. J. **Fisioterapia neurológica**. São Paulo: Manole, 1994.

VASCONCELOS, K. E. L.; CARNEIRO, T. S. **Saúde da família em foco: uma análise da realidade de Campina Grande/PB**. In: Davi J, Martiniano C, Patriota LM. *Seguridade social e saúde: tendências e desafios* [on line]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB; 2011. p. 175-199.

VIEIRA, S. **Introdução à Bioestatística**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International perspective on spinal cord injury**. Geneva: WHO, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O título da nossa pesquisa é “**O impacto da lesão medular sobre a sexualidade de pessoas adultas**”. Essa pesquisa tem como objetivo “**Analisar a influência da lesão medular sobre a sexualidade de adultos**”. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba. Sua participação nessa pesquisa consistirá em responder um questionário sobre a sua sexualidade no período anterior e após a lesão medular. A entrevista será realizada em sua casa e contamos com cerca de 30 (trinta) minutos de sua atenção. Caso aceite em participar da pesquisa, garantimos que o seu nome não será revelado, sendo de uso exclusivo apenas do estudo. O (a) senhor (a) poderá deixar de participar no momento que desejar sem nenhum ônus, e ainda poderá ter acesso às informações relacionadas ao estudo. Não haverá risco para o (a) senhor (a) e sua participação não será remunerada.

Eu, _____
(paciente ou responsável), fui informado dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minhas decisões se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento. Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(83) 98691-2546** com **Rudiney da Silva Araujo** e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Assinatura do Entrevistado

Assinatura do Pesquisador

**Assinatura
Datiloscópica**

**(Polegar
Direito)**

Campina Grande/PB, ____ / _____ / ____

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

ANEXO A

**QUESTIONÁRIO DA SEXUALIDADE HUMANA LESÃO MEDULAR –
QSH-LM**

PESQUISA: O impacto da lesão medular sobre a sexualidade de pessoas adultas

Entrevistador: _____ N° Identificação: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Distrito Sanitário: _____ USF/Centro/Policlínica: _____

Telefone: _____ Data da Entrevista: ____ / ____ / ____

ANAMNESE

1. Sexo:

0. () Homem

1. () Mulher

2. Idade: (em anos) _____

3. Qual a sua profissão? _____

4. Quantas vezes por semana você pratica atividade física ou esportiva?

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

5. Qual o seu grau de escolaridade?

0. () 1ª a 4ª série

5. () 3º grau completo

1. () 5ª a 8ª série

6. () Especialização

2. () 2º grau incompleto

7. () Mestrado

3. () 2º grau completo 8. () Doutorado
 4. () 3ª grau incompleto 9. () Nunca estudou

6. Dos itens abaixo listados, quantos você tem em sua casa (casa que reside)?

TV a cabo
Carro
Computador
Ar condicionado

0. () Nenhum deles.
 1. () Apenas um deles.
 2. () Dois deles.
 3. () Três deles.
 4. () Todos eles.

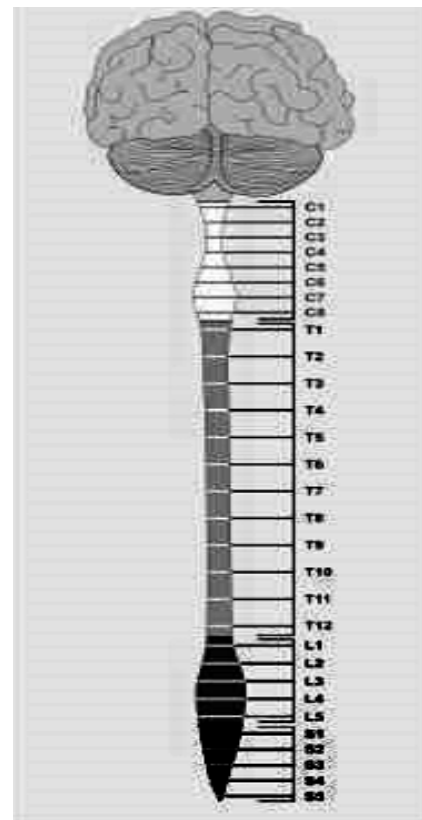
7. Cor da pele:

0. () Amarela
 1. () Branca
 2. () Negra
 3. () Parda
 4. () Outra. Qual? _____

8. Tempo de Lesão Medular (em anos):

9. Causa da Lesão Medular:

0. () Acidente de moto
 1. () Acidente de carro
 2. () Quedas
 3. () Esportes
 4. () Mergulhando em águas rasas
 5. () Arma de fogo
 6. () Acidente de trabalho
 7. () Arma branca (faca...)
 8. () Outros. Qual? _____



10. Nível Neurológico da Lesão Medular:

COMO PREENCHER	Nível da Lesão		Nível da Lesão	
<p>Utilize a figura acima como auxílio</p> <p>Para preencher corretamente essa questão, marque todos os níveis medulares comprometidos na sua lesão. Se no seu diagnóstico a lesão é C4-C7, então você deverá marcar um X nos níveis C4, C5, C6 e C7.</p> <p>Se a sua lesão medular ocorreu em dois locais, por exemplo, T1-T4 e T11-L1, então você deverá marcar um X sobre todos os segmentos envolvidos. Sua marcação será dessa forma: T1, T2, T3, T4, e também T11, T12 e L1.</p>	0. ()	C1	16. ()	T9
	1. ()	C2	17. ()	T10
	2. ()	C3	18. ()	T11
	3. ()	C4	19. ()	T12
	4. ()	C5	20. ()	L1
	5. ()	C6	21. ()	L2
	6. ()	C7	22. ()	L3
	7. ()	C8	23. ()	L4
	8. ()	T1	24. ()	L5
	9. ()	T2	25. ()	S1
	10. ()	T3	26. ()	S2
	11. ()	T4	27. ()	S3
	12. ()	T5	28. ()	S4
	13. ()	T6	29. ()	S5
	14. ()	T7	30. () Cauda equina	
15. ()	T8			
		31. () Não sei		

11. Sua lesão é do tipo:

0. () Não sei
1. () Não diagnosticada
2. () Incompleta
3. () Completa

Lesão medular incompleta: é aquela que preserva alguma sensibilidade ou movimento intencional (que você desejou realizar) abaixo do nível da lesão.

Lesão medular completa: é aquela que **não** há qualquer sensibilidade ou movimento intencional (que você desejou realizar) preservada abaixo do nível da lesão.

12. Você conhece a avaliação de LM da ASIA (American Spinal Injury Association)?

Qual a sua classificação segundo a ASIA?

0. () Não conheço a classificação ASIA
1. () ASIA A – LM Completa

2. () ASIA B – LM Incompleta
 3. () ASIA C – LM Incompleta
 4. () ASIA D – LM Incompleta

13. Estado civil antes da LM:

0. () Solteiro (a)
 1. () Casado (a)
 2. () Separado (a)
 3. () Viúvo (a)
 4. () União Estável

14. Estado civil depois da LM:

0. () Solteiro (a)
 1. () Casado (a)
 2. () Separado (a)
 3. () Viúvo (a)
 4. () União Estável

15. Qual a sua religião?

0. () Católico
 1. () Evangélico
 3. () Espírita
 4. () Islâmico
 5. () Budista
 6. () Religião de Matriz Africana (candomblé, umbanda)
 7. () Outra. Qual? _____

16. Em termos de RELIGIOSIDADE, como você se considera?

Conservador (a)				Mediano (a)			Liberal			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17. Como você se auto-avaliaria em termos de SEXUALIDADE?

Conservador (a)				Mediano (a)			Liberal			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Quanto você acha o sexo importante?

Nada Importante	Pouco Importante			Importante			Muito Importante			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. Quanto você acha o AMOR importante?

Nada Importante	Pouco Importante			Importante			Muito Importante			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

PRÁTICA SEXUAL

(SEXUALIDADE ANTES DA LESÃO MEDULAR)

20. Você tinha vida sexual ativa (sexo oral, anal, pênis-vagina ou masturbação) antes da LM?

0. () Não

1. () Sim

21. Quanto tempo de vida sexual ativa (sexo oral, anal, pênis-vagina, masturbação) antes da Lesão Medular (em anos)? _____

22. Com que idade você teve a primeira relação sexual (sexo oral, anal, pênis-vagina, masturbação) com um parceiro (a)? _____ 0. () Não teve relação com parceiro (a).

23. Quantos parceiros (as) sexuais diferentes você teve antes da Lesão Medular?
 _____ (em média, caso não saiba o certo)

24. Antes da LM, você achava que era possível fazer sexo sem penetração?

0. () Não

1. () Sim

25. Antes da Lesão Medular, quais atividades abaixo você realizava?

	Nunca realizava	Realizava Pouco			Realizava Moderadamente			Realizava Muito			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Beijos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Abraços	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo Oral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação c/ Vibrador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intercurso pênis- vagina (penetração)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Toques Íntimos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação manual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo anal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

26. Quais das atividades abaixo você percebia que seu (a) parceiro (a) mais gostava de receber antes da sua LM?

	Nunca realizava	Realizava Pouco			Realizava Moderadamente			Realizava Muito			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Beijos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Abraços	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo Oral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação c/ Vibrador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intercurso pênis- vagina (penetração)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Toques Íntimos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação manual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo anal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

27. Qual era a sua frequência sexual (em média) antes da LM?

- | | |
|----------------------------------|---------------------------|
| 0. () Menos de 1 vez por semana | 4. () 4 vezes por semana |
| 1. () 1 vez por semana | 5. () 5 vezes por semana |
| 2. () 2 vezes por semana | 6. () 6 vezes por semana |
| 3. () 3 vezes por semana | 7. () 7 vezes por semana |

ORIENTAÇÃO SEXUAL

28. Você gostava de ter muitos parceiros (as) sexuais antes da LM?

Não Gostava	Gostava Pouco			Gostava Moderadamente			Gostava Muito			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

29. Como você considerava a sua vontade de fazer sexo antes da LM?

Não Gostava	Gostava Pouco			Gostava Moderadamente			Gostava Muito			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

30. Antes da LM, quais das atividades abaixo você gostava que seu (a) parceiro (a) fizesse em você?

	Nunca realizava	Realizava Pouco			Realizava Moderadamente			Realizava Muito			
Beijos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Abraços	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo Oral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação c/ Vibrador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intercurso pênis- vagina (penetração)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Toques Íntimos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação manual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo anal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SATISFAÇÃO SEXUAL

31. Quanto satisfeito sexualmente você se sentia antes da LM?

Nada	Pouco Satisfeito			Moderadamente Satisfeito			Muito Satisfeito			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

RESPOSTA SEXUAL

32. Quanto excitável você se sentia antes da LM?

Nada Excitável	Pouco Excitável			Moderadamente Excitável			Muito Excitável			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

33. Antes da LM, você tinha ereção espontânea antes do ato sexual?

Não Tinha	Tinha Pouca			Tinha Moderadamente			Tinha Sempre			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

34. Quanto tempo durava sua ereção antes da LM?

Não Tinha	Pouco Tempo			Tempo Médio			Muito Tempo			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

35. Você utilizava algo artificial (medicamentos, prótese, bomba de vácuo, anel peniano, etc.) para manter/ter a ereção antes da LM?

Não Usava	Usava Pouco			Usava Frequentemente			Usava Muito			Usava Sempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

36. Antes da LM, você conseguia ejacular?

Não	Conseguia Pouco			Conseguia Frequentemente			Conseguia Muito			Conseguia Sempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

37. Antes da LM, você conseguia chegar ao orgasmos?

Não	Conseguia Pouco			Conseguia Frequentemente			Conseguia Muito			Conseguia Sempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

38. Você consegue dizer qual a intensidade do seu orgasmo antes da LM?

Nenhum	Fraco			Médio			Forte			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

39. Antes da LM, quais as regiões do seu corpo que lhe traziam mais prazer (marque um X).

	Nenhum Prazer	Pouco Prazer			Médio Prazer			Muito Prazer			
Boca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pescoço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Barriga	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ânus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Coxas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Orelhas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Peiro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pênis	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Testículos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nádegas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Perna	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Outros	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

PRÁTICA SEXUAL

(SEXUALIDADE DEPOIS DA LESÃO MEDULAR)

40. Você tem vida sexual ativa (sexo oral, anal, pênis-vagina ou masturbação) atualmente?

0. () Não

1. () Sim

41. Quanto tempo de vida sexual ativa (sexo oral, anal, pênis-vagina, masturbação) após a Lesão Medular (em anos)? _____

42. Quantos parceiros (as) sexuais diferentes você teve depois da Lesão Medular?

_____ (em média, caso não saiba o certo)

43. Atualmente, você acha que é possível fazer sexo sem penetração?

0. () Não

1. () Sim

44. Atualmente quais das atividades abaixo você realiza?

	Nunca realize	Realizo Pouco			Realizo Moderadamente			Realizo Muito			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Beijos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Abraços	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo Oral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação c/ Vibrador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intercurso pênis- vagina (penetração)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Toques Íntimos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação manual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo anal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

45. Quais das atividades abaixo você percebe que seu (a) parceiro (a) mais gosta de receber atualmente?

	Não Gosta	Gosta Pouco			Gosta Moderadamente			Gosta Muito			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Beijos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Abraços	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo Oral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação c/ Vibrador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intercurso pênis- vagina (penetração)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Toques Íntimos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação manual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo anal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

46. Qual é a sua frequência sexual (em média) após a LM?

- | | |
|----------------------------------|---|
| 0. () Menos de 1 vez por semana | 4. () 4 vezes por semana |
| 1. () 1 vez por semana | 5. () 5 vezes por semana |
| 2. () 2 vezes por semana | 6. () 6 vezes por semana |
| 3. () 3 vezes por semana | 7. () 7 vezes por semana (todos os dias) |

ORIENTAÇÃO SEXUAL

47. Você gosta de ter muitos parceiros (as) sexuais atualmente?

Não	Gosto Pouco			Gosto Moderadamente			Gosto Muito			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

48. Como você considera sua vontade de fazer sexo após a LM?

Nenhuma	Pouca Vontade			Vontade Moderada			Muita Vontade			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

49. Atualmente, quais das atividades abaixo você gosta que seu (a) parceiro (a) faça em você?

	Não Gosto	Gosto Pouco			Gosto Moderadamente			Gosto Muito			
Beijos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Abraços	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo Oral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação c/ Vibrador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intercurso pênis- vagina (penetração)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Toques Íntimos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação manual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo anal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SATISFAÇÃO SEXUAL

50. Quanto satisfeito sexualmente você se sente após a LM?

Nada	Pouco Satisfeito			Moderadamente Satisfeito			Muito Satisfeito			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

RESPOSTA SEXUAL

51. Quanto excitável você se sente após a LM?

Nada Excitável	Pouco Excitável			Moderadamente Excitável			Muito Excitável			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

52. Após a LM, você tem ereção espontânea antes do ato sexual?

Não Tenho	Tenho Pouca			Tenho Moderadamente			Tenho Muita			Tenho Sempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

53. Quanto tempo dura sua ereção após a LM?

Não Tinh	Pouco Tempo			Tempo Médio			Muito Tempo			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Atualmente, você utilizava algo artificial (medicamentos, prótese, bomba de vácuo, anel peniano, etc.) para manter/ter a ereção?

Não Uso	Uso Pouco			Uso Frequentemente			Uso Muito			Uso Sempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

55. Atualmente você consegue ejacular?

Não	Consigo Pouco			Consigo Frequentemente			Consigo Muito			Consigo Sempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

56. Depois da LM, você consegue chegar ao orgasmos?

Não	Consigo Pouco			Consigo Frequentemente			Consigo Muito			Consigo Sempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

57. Você consegue dizer qual a intensidade do seu orgasmo após a LM?

Nenhum	Fraco			Médio			Forte			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

58. Depois da LM, quais as regiões do seu corpo que lhe trazem mais prazer (marque um X sobre o número).

	Nenhum Prazer	Pouco Prazer			Médio Prazer			Muito Prazer			
Boca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pescoço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Barriga	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ânus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Coxas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Orelhas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Peiro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pênis	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Testículos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nádegas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Perna	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Outros	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ACONSELHAMENTO SEXUAL

59. Você recebeu algum tipo de orientação ou aconselhamentos sexual após a LM?

Nada	Pouco			Moderado			Muito			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

60. Se SIM, de quem você recebeu orientação ou aconselhamento sexual após a LM?

0. () Médico
1. () Fisioterapeuta
2. () Enfermeiro
3. () Psicólogo
4. () Companheiro (a)
5. () Família
6. () Amigo (a)
7. () Outro (a). Quem? _____

61. Se NÃO, você aceitaria receber orientação ou aconselhamento sexual após a LM (se não tivesse custo financeiro)?

0. () Não

1. () Sim

62. E seu (a) parceiro (a), recebeu algum tipo de aconselhamento sexual?

0. () Não tenho parceiro (a) ou Não sei.

Nada	Pouco			Moderado			Muito			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

63. Você acha que algum tipo de orientação melhoraria a qualidade da sua vida sexual?

Não	Melhoraria Pouco			Melhoraria Moderadamente			Melhoraria Muito			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

AJUSTE SEXUAL

64. Quanto você acha que se ajustou sexualmente em termos físico (capacidade de realizar o que se pretende, fisicamente no sexo) após a LM?

Nada	Pequeno Ajuste			Médio Ajuste			Grande Ajuste			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

65. Quanto você achar que se ajustou sexualmente em termos psicológico (auto-estima, estima sexual, auto confiança, segurança...) após a LM?

Nada	Pequeno Ajuste			Médio Ajuste			Grande Ajuste			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

66. Quanto você acha que se adaptou sexualmente após a Lesão Medular (em termos gerais, ou seja, pensando no aspecto físico e emocional)?

Nada	Pouca Adaptação			Média Adaptação			Grande Adaptação			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO B



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISADOR
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 PLATAFORMA BRASIL



Relator: 04

Título da Pesquisa: O IMPACTO DA LESÃO MEDULAR SOBRE A SEXUALIDADE DE PESSOAS ADULTAS.

CAAE Plataforma Brasil: 68629917.4.0000.5187

Número do parecer: 2.124.440

Pesquisador Responsável: Rudiney da Silva Araújo

Data da relatoria: 19 de Junho de 2017

Situação do projeto: APROVADO

Apresentação do Projeto: Projeto intitulado "O IMPACTO DA LESÃO MEDULAR SOBRE A SEXUALIDADE DE PESSOAS ADULTAS", encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, para análise e parecer com fins de desenvolvimento de pesquisa, em atendimento as exigências para qualificação e elaboração da Dissertação de Conclusão do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba. Para tanto, justifica o pesquisador responsável: "...A sexualidade de adultos com e sem lesão medular não apresenta aspectos tão distantes, porém há uma tendência de se dá mais notoriedade às diferenças que as semelhanças. Dessa forma, os indivíduos acometidos pela LM são condicionados a aguçarem mais ainda a sua curiosidade sobre os aspectos envolvidos na sua sexualidade até mesmo por falta de informação. Além disso, a reabilitação de pessoas com LM se limita apenas à função física e não sexual (BERTO; BARRETO, 2011). O conhecimento das características da sexualidade dessa população permitirá aos profissionais de saúde um maior conhecimento para poder incluir nos objetivos de tratamento a educação e orientação

sexual bem como a reabilitação sexual (ALEXANDER et al., 2011)". (PROJETO DE PESQUISA P.8).

Objetivo Geral: *Analisar a influência da lesão medular sobre a sexualidade de adultos.*

Avaliação dos Riscos e Benefícios: *Conforme preconiza a Resolução 466/12/CNS/MS item V, toda pesquisa envolvendo a participação direta e indiretamente de seres humanos incorre em riscos de maior e menor potencial ofensivo, para o referido estudo poderá ocorrer riscos de menor potencial, conforme explicita o pesquisador na Plataforma Brasil: "Os riscos que os participantes da pesquisa poderão estar expostos são considerados mínimos, pois os entrevistados poderão sentir-se ansiosos, irritados, desconfortáveis ou constrangidos diante da aplicação do questionário, o que poderá propiciar a desistência do indivíduo na pesquisa. Para minimizar a ocorrência de situações como essas, a equipe de pesquisa seguirá os preceitos éticos e estará devidamente qualificada e treinada para aplicar os formulários de forma compreensível e adequada, esclarecendo e garantindo o sigilo das informações e o direito de desistir sem nenhum ônus, em qualquer fase da pesquisa". Enquanto benefícios: "Este estudo promoverá benefícios para a comunidade acadêmica, gestores e profissionais da área da saúde e pacientes, no sentido de oferecer informações sobre a sexualidade dos indivíduos acometidos por LM e a partir dessas informações e suas análises, gerar um banco de dados que subsidiará o planejamento de políticas assistenciais para pessoas com LM, garantindo o acesso aos serviços de saúde, a adesão e ampliação do tratamento para a reabilitação dos aspectos envolvidos na sexualidade bem como garantir o exercício de sua cidadania".*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: *Trata-se de estudo descritivo, de caráter transversal e abordagem quantitativa.*

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: *Ao analisar os documentos necessários para a integração do protocolo científico, encontramos a Folha de Rosto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; os Termos de Autorização Institucional; a Declaração de Concordância com Projeto de Pesquisa, o Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável em cumprir os Termos da Resolução 466/12/CNS/MS, O Formulários de Coleta de Dados. Estando tais documentos em harmonia com as exigências preconizadas pela Resolução 466/12/CNS/MS.*

Recomendações: *Sem recomendações.*

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: *O projeto encontra-se completo, sem pendências. Diante do exposto, somos pela aprovação. Salvo melhor juízo.*

ANEXO C



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto intitulado: "O impacto da lesão medular sobre a sexualidade de pessoas adultas", desenvolvido por: **Rudiney da Silva Araújo**, do curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, orientado por: **Alexsandro Silva Coura**, tendo como cenário da pesquisa as **Unidades Básicas de Saúde da Família, os Centros de Saúde e as Policlínicas**.

A acolitação está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução 466/2012 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Campina Grande, 09 de Maio de 2017.

Atenciosamente,

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula

(Coordenadora de Educação na Saúde)

Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

CEREST – Rua Maestro Alcides Leão, 595, Avenida Dinâmica (ao lado do INSS).
CEP: 58417-003 - Telefone: (83)3335-7254.

ANEXO D

revista brasileira de
epidemiologia

ISSN 1980-5497 online version

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

- [Scope and policy](#)
- [Presentation of the manuscript](#)
- [Sending of manuscripts](#)

Scope and policy

Scope and policy

The Brazilian Journal of Epidemiology aims at publishing not previously published **Original Articles** (maximum of 21,600 characters including spaces), including critical **reviews** about a specific subject, which contribute with the knowledge and development of Epidemiology and related sciences. Only Systematic Reviews and Meta-Analyses will be accepted; Integrative Reviews will not be accepted.

It also publishes articles in the following sections:

- **Original Articles with research results**
- **Methodologic:** Papers that analyze the different techniques used in epidemiological studies;
- **Debate:** Aims at discussing different views of the same subject, which can be presented as a consensus/dissensus, original article followed by comments of other authors, reproduction of round tables and other similar forms;
- **Notes and Information:** previous notes of investigation papers, as well as brief reports of new aspects of epidemiology, besides news regarding events in the field, new books and others (maximum of 6,450 characters including spaces);
- **Letters to the Editor:** comments of readers about the papers published in the Brazilian Journal of Epidemiology (from 3,260 to 4,570 characters including spaces).

The manuscripts presented should be exclusive addressed to the Brazilian Journal of Epidemiology; its simultaneous presentation to another journal is not allowed. After the opinions are sent, the authors have to sign a declaration, according to the model provided by RBE (Declaration of Exclusivity, Declaration of Copyrights and Declaration of Conflict of Interests). The authors are entirely responsible for the concepts issued in any of the sections of the Journal.

The Journal is in charge of the published manuscripts, and it is forbidden to reproduce it – even if partially – in other journals, as well as to translate it to another language without the previous consent of the Editorial Board. Therefore, after the approval for publication, all papers should also have a copyright transfer agreement signed by the authors, according to the model provided by the Journal in advance.

Ativar o Windows

Each manuscript is analyzed by at least two evaluators, indicated by one of the Associated Editors, who will elaborate a final and conclusive report to be submitted to the Scientific Editor. In the first of submission, the secretariat verifies if all of the criteria were met, and contacts the author. The manuscript is sent for the editors' appreciation only if it meets all of the requirements established by RBE.

The Brazilian Journal of Epidemiology does not charge fees for the submission of papers, nor to evaluate or publish them.

Approval by the Research Ethics Committee (CEP)

This requirement has been present since RBE started being published, and we reassure it now, demanding special reference in the texts. This demand can be dismissed in some types of studies that use only aggregate data, without identifying the subjects, available in databases and common in the health field. No instance is better than a CEP to analyze the nature of the investigation proposals, according to the orientation of the National Ethics Research Commission (CONEP/CNS/MS). The CEP that approves the investigation must be registered in CONEP.

The following Resolutions should be contemplated:

- 196/96, reformulated by 446/11, about Guidelines and Regulatory Rules of Research Involving Human Subjects;
- 251/97, about Rules of Research Involving Human Subjects for the field of Research with New Drugs, Medication, Vaccines and Diagnostic Tests;
- 292/99 and the Regulation of August, 2002, concerning the special thematic field of Research Coordinated from Foreign Countries, or with Foreign Participation, and Research Involving the Shipping of Biological Material Abroad.

The Brazilian Journal of Epidemiology supports the policies from the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) to register clinical trials, recognizing the importance of these initiatives for the registration and international publication of information on clinical trials, with open access. Therefore, after 2007, only the papers of clinical research that have received an identification number in one of the Clinical Trial Records validated by the criteria established by WHO and ICMJE were accepted for publication; their addresses are available in the website of ICMJE. The identification/approval number must be registered in the title page.

The institutions that register clinical trials according to ICMJE criteria are:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

Ativar o Windows

Presentation of the manuscript

Manuscripts are accepted in Portuguese, Spanish or English. Articles in Portuguese and Spanish must contain an abstract in the original language of the paper, besides the English version. Papers in English must include the abstract in the original language of the article, besides the abstract in Portuguese.

The manuscript must include the letter to the editor in a separate file, justifying the possible publication.

Manuscripts must have 21,600 characters including spaces at most and 5 illustrations, including Introduction, Methodology, Results, Discussion, Conclusion (Title page, Bibliographic References and Illustrations are not included in this count). The file must come in the following order: Title Page, Introduction, Methodology, Results, Discussion, Conclusion, Bibliographic References and Illustrations. The manuscript must be structured with the following section, in order: Title page, *Resumo*, Abstract, Introduction, Methodology, Results, Discussion, Conclusion, References and Illustrations. The complete final file (title page, sections, references and illustrations) must be submitted in the DOC format (Microsoft Word), and the tables must be sent in an editable format (Microsoft Word or Excel), according to the following formatting:

- Margins configured to "Normal" in the entire text (superior and inferior = 2.5 cm; left and right = 3 cm);
- Double space in the entire text;
- Font: Times New Roman, 12, in the entire text;
- No line breaks;
- No forced manual hyphenation.

Title Page

The authors must provide the titles of the manuscript in Portuguese and in English (maximum of 140 characters including spaces), short title (maximum of 60 characters including spaces), authors' data*, corresponding author's data (full name, address and e-mail), acknowledgements, existence or lack of conflicts of interest, financing and identification/approval number in the Research Ethics Committee. The individual collaboration of each author in the elaboration of the manuscript must be specified.

* The SciELO index requires the precise identification of the authors' affiliation, which is essential to obtain different bibliometric indicators. The identification of each author's affiliation must be restricted to names of institutional organizations, City, State and Country (without the titles of the authors).

Financing must be informed in the Title page. In case the study does not have contact with institutional and/or private resources, the authors must inform that the study was not financed.

The Acknowledgments must have 460 characters including spaces at most.

Ativar o Window

Resumo and Abstract

The abstracts must contain 1,600 characters including spaces, at most, and must be presented in a structured form, contemplating the sections: Introduction, Methodology, Results, Discussion, Conclusion. The same rules apply to *resumo*.

The authors must present a minimum of 3 and a maximum of 6 keywords, as well as their respective versions in Portuguese, considered as descriptors of the paper content, in the language of the article and in English. These descriptors must be standardized according to DeCS (<http://decs.bvs.br/>).

Illustrations

The tables and figures (graphs and images) must be inserted at the end of the manuscript; they must not be sent in separate pages. They have to be sufficiently clear to allow its reduced reproduction, when necessary. Provide titles in Portuguese and in English, outside the illustrations (the internal part of the table and graphs do not need to be in English). There should be a break line in between them, respecting the maximum number of 5 pages dedicated to Tables, Graphs and Figures. These should be presented after the References, at the end of the manuscript (in a single file).

Illustrations can have 15 cm in length, at most, and must be presented within the requested margins (configuration named by Word as "Normal"). Illustrations that exceed the established margin will not be accepted.

Images

- Providing high-resolution pictures
- Providing editable graphs (preferably PDF).

Tables, Equations, Charts and Flow charts

- Always send in an editable file (Word or Excel), never an image;
- Do not format tables using TAB; use the software table tool;
- In the tables, separate the columns in other cells (of the new column); do not use spaces for divisions.

Abbreviations

When mentioned for the first time, they should come with the full name. Abbreviations cannot be used in the title or in the abstract.

References

They should be consecutively numbered, according to the first time it is mentioned in the text, using Arabic numerals. The final list must contain the numerical order of the text, ignoring the alphabetical order of the authors. Titles of books, publishers or others must not be abbreviated. Journal titles will be in accordance with the abbreviations in the Medicus/Medline Index. The names of the 6 first authors have to be included, followed by the expression et al. when there are more authors. Personal communications, papers that have never been printed or ongoing papers can be mentioned when absolutely necessary, but they should not be included in the reference list; these should be presented in the text or in a footnote. When an article is about to be published, the following must be indicated: journal title, year and other available data, followed by the expression "in press" between parenthesis. Publications that are unconventional or hard to access can be mentioned as long as the authors explain to the readers where to find them. The authors are responsible for the accuracy of the references.

EXAMPLES OF REFERENCES**Papers in journals**

Szklo M. Estrogen replacement therapy and cognitive functioning in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 1048-57.

Books and other theses

Lilienfeld DE, Stolley PD. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1994.

Book chapter

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Thesis and Dissertation

Bertolozzi MR. *Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde [dissertação de mestrado]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.

Congress paper or similar (published)

Mendes Gonçalves RB. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. In: *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 1990 set 2-6; Campinas (Br). Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p. 347-61.

WHO report

World Health Organization. Expert Committee on Drug Dependence. 29th Report. Geneva; 1995. (WHO - Technical Report Series, 856).

Electronic Documents

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics. [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Systems; 1993.

OBSERVATION


The Brazilian Journal of Epidemiology adopts the rules of the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver style), published in the *New England Journal of Medicine*, 1997; 336: 309, and in *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1998; 3: 188-96 (http://www.icmje.org/urm_main.html).

Sending of manuscripts

Manuscripts are submitted online, using the SciELO platform (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rbepid-scielo>).

There is no fee for submission and review articles.

[[Home](#)] [[About this journal](#)] [[Editorial board](#)] [[Subscription](#)]

 All the content of the journal, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons License](#)

Av. Dr. Arnaldo, 715 - BIBLIOTECA - 2º andar - sala 03
01246-904 - Cerqueira César - São Paulo - SP - Brasil
Tel/Fax: (55.11) 3085-5411



rbesubmissao@fsp.usp.br

Ativar o Windows
Acesse Configurações