

**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**RACHEL MAZONI COSTA**

**Disfunção sexual em mulheres com lesão medular: prevalência,  
características, fatores preditivos e qualidade de vida**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo, para obtenção do  
título de Doutora em Ciências

Programa de Urologia

Orientador: Prof. Dr. Cristiano Mendes Gomes

**São Paulo  
2022**



**RACHEL MAZONI COSTA**

**Versão Original**

**Disfunção sexual em mulheres com lesão medular: prevalência,  
características, fatores preditivos e qualidade de vida**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo, para obtenção do  
título de Doutora em Ciências

Programa de Urologia

Orientador: Prof. Dr. Cristiano Mendes Gomes

**São Paulo  
2022**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Costa, Rachel Mazoni

Disfunção sexual em mulheres com lesão medular :  
prevalência, características, fatores preditivos e  
qualidade de vida / Rachel Mazoni Costa. -- São  
Paulo, 2022.

Tese (doutorado) -- Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo.

Programa de Urologia.

Orientador: Cristiano Mendes Gomes.

Descritores: 1.Comportamento sexual 2.Esclerose  
múltipla 3.Mulheres 4.Satisfação pessoal 5.Orgasmo  
6.Saúde sexual 7.Sexualidade 8.Qualidade de vida  
9.Pessoas com deficiência

USP/FM/DBD-281/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

*A Deus, pelo Seu imenso Amor e por Sua Graça capacitadora.*

*“Ao único Deus, nosso Salvador, mediante Jesus Cristo, Senhor nosso, glória, majestade, império e soberania, antes de todas as eras, e agora, e por todos os séculos. Amém!”*

**Judas 1:25**

*Aos meus pais, Enio e Ana Maria, por me ensinarem a depender de Deus, a pensar no próximo, a enfrentar os desafios da vida e a nunca desistir.*

*Às mulheres que participaram deste estudo, que são exemplos de superação diante de tantas adversidades não apenas físicas, mas também emocionais e sociais.*

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Cristiano, pela oportunidade, pelo exemplo de excelência, pelos ensinamentos e por ser um verdadeiro mentor.

Ao Prof. Dr. José de Bessa Jr., pelo incentivo, pelas contribuições e pelos ensinamentos que possibilitaram o desenvolvimento dessa tese.

Ao Dr. André Tunes, pelo apoio e pela colaboração durante a conclusão deste trabalho.

Aos meus Tios Josué e Maria Virgínia e primos Juliana, Isabel e Hélio, pelas múltiplas vezes que me receberam em suas casas com tanto amor e carinho.

Pelas minhas primas e amigas “Marias”, Adriana, Andréa, Myriam, Erika e, novamente, Isabel, pelo incentivo e por estarem sempre disponíveis quando precisei. O que fizeram por mim durante esses anos é demonstração de amor infinito.

À tia Ida Neila, e aos meus irmãos, tios, primos e amigos da “célula”, pelo incentivo constante, e pelo suporte emocional e financeiro me ajudando em tantas situações críticas que poderiam ter sido motivos para desistência.

À Elisa e Tereza, que me acolheram e ajudaram desde o início dessa caminhada.

Aos professores e funcionários dos ambulatórios da Disciplina de Urologia e Neurologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, pelo acolhimento e pela colaboração para o desenvolvimento desse projeto.

## NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. *Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: parte IV (Vancouver) / Sistema Integrado de Bibliotecas da USP*; Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro, coordenadora; Maria Claudia Pestana; Maria Cristina Cavarette Dziabas; Eliana Maria Garcia; Maria Fatima dos Santos, Maria Marta Nascimento; Suely Campos Cardoso. 3a ed. ed. amp. mod. São Paulo: SIBI/USP. 2016. (Caderno de estudos).

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

## RESUMO

Costa RM. *Disfunção sexual em mulheres com lesão medular: prevalência, características, fatores preditivos e qualidade de vida* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

**Introdução:** Lesão medular (LM) devido a traumatismo ou doenças neurológicas é uma condição com graves consequências e alteração de vida das pessoas acometidas. Os dados sobre incidência de lesão medular traumática e das doenças neurológicas no Brasil não são muito precisos. Mulheres correspondem a cerca de 15% dos casos de trauma medular e a maioria dos casos de causas não traumáticas. A lesão medular pode levar a mudanças no comportamento sexual, além do impacto negativo na qualidade de vida e nos relacionamentos interpessoais das mulheres acometidas. **Objetivos:** Avaliar prevalência e características da disfunção sexual em mulheres com lesão medular. **Métodos:** Estudo transversal que avaliou 98 mulheres com idade mínima de 18 anos, com lesão medular traumática e não traumática, com, no mínimo, 6 meses do trauma ou diagnóstico. Os dados foram colhidos no período de agosto de 2018 a março de 2022 durante consulta de rotina, por meio de questionário estruturado, abrangente e autorresponsivo. Foram avaliados dados sociodemográficos, aspectos relacionados à lesão medular, aspectos da vida sexual, continência urinária e fecal, satisfação e qualidade de vida. Na avaliação da função sexual, foram utilizados o FSFI e o QSF. Para avaliação da continência urinária, foi considerada a questão 3 do NBSS-SF; para avaliação de incontinência fecal, a questão 7 do NBDS. Whoqol-bref foi utilizado para avaliação da satisfação com vida sexual e qualidade de vida. **Resultados:** A idade média foi de 42,5 +/-12,1 (variou de 19 a 69 anos). Das 98 avaliadas, 14 (14,3%) possuíam lesão traumática e 84 (85,7%) lesão não traumática, 42 (42,9%) casadas e 21 (21,4%) cadeirantes. Foi encontrada uma proporção significativa de mulheres que se tornaram sexualmente inativas após a LM (22,4% vs. 51,0%, respectivamente;  $p<0,001$ ) bem como sofreram redução na capacidade de sempre obter orgasmo (39,8% vs. 8,2%, respectivamente;  $p<0,01$ ). Entre as mulheres sexualmente ativas, observamos elevada prevalência de disfunção sexual, FSFI  $\leq 26,55$  em 28 (58,3%) e no QSF  $< 60$  em 14 (29,2%). Atividade sexual está relacionada ao fato de ser mais jovem, casada, não ser cadeirante e continente do ponto de vista urinário. Incontinência urinária foi referida em 37 (74,0%) das mulheres inativas. Em paciente com lesão medular, a presença de disfunção sexual se correlaciona positivamente com a insatisfação com a vida sexual (OR=34,2 [IC95%4,6-372,0,  $p<0,001$ ]). Mulheres sexualmente ativas e com disfunção sexual apresentam menor satisfação com a vida sexual, porém sem impacto na qualidade de vida global. **Conclusões:** A prevalência de disfunção sexual em mulheres com lesão medular traumática e não traumática é elevada e com predomínio de problemas relacionados aos domínios do desejo, da excitação e do orgasmo. Grande parte das mulheres com LM é sexualmente inativa. Foram considerados preditores de vida sexual ativa e satisfação sexual a idade, ser casada, pré-menopausa, continência urinária, não ser cadeirante e maior expressão do “desejo”. Disfunção sexual está relacionada diretamente com insatisfação com a vida sexual.

**Palavras-chave:** Comportamento sexual. Esclerose múltipla. Mulheres. Satisfação pessoal. Orgasmo. Saúde sexual. Sexualidade. Qualidade de vida. Pessoas com deficiência.

## ABSTRACT

Costa RM. *Sexual dysfunction in women with spinal cord injury: prevalence, characteristics, predictive and quality of life* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2022.

**Introduction:** Spinal cord injury (SCI) due to trauma or neurological diseases is a condition with serious consequences and changes in the lives of affected people. Data on the incidence of traumatic spinal cord injury and neurological diseases in Brazil are not very accurate. Women account for about 15% of spinal cord trauma cases and most cases of non-traumatic causes. Spinal cord injury can lead to changes in sexual behavior in addition to the negative impact on quality of life and interpersonal relationships of affected women. **Objectives:** To evaluate characteristics and prevalence of sexual dysfunction in women with spinal cord injury. **Methods:** Cross-sectional study that evaluated 98 women aged at least 18 years, with traumatic and non-traumatic spinal cord injury, with at least 6 months of trauma or diagnosis. Data were collected from August 2018 to March 2022 during routine consultation, using a structured, comprehensive, and self-response questionnaire. Sociodemographic data, aspects related to spinal cord injury, aspects of sexual life, urinary and fecal continence, satisfaction, and quality of life were evaluated. In the evaluation of sexual function, the FSFI and the QSF were used. Question 3 of the NBSS-SF was considered for the assessment of urinary continence, for the assessment of fecal incontinence, question 7 of the NBDS. Whoqol-bref was used to assess satisfaction with sexual and quality of life. **Results:** Mean age was 42.5 +/-12.1 (ranged from 19 to 69 years). Of the 98 evaluated, 14 (14.3%) had a traumatic injury and 84 (85.7%) had a non-traumatic injury, 42 (42.9%) were married and 21 (21.4%) were wheelchair users. We found a significant proportion of women who became sexually inactive after SCI (22.4% vs 51.0%, respectively;  $p<0.001$ ) as well as experienced a reduction in their ability to always achieve orgasm (39.8% vs 8, 2%, respectively;  $p<0.01$ ). Among sexually active women, we observed a high prevalence of sexual dysfunction, FSFI  $\leq 26.55$  in 28 (58.3%) and QSF $<60$  in 14 (29.2%). Sexual activity is related to being younger, married, not in a wheelchair and continent from the urinary point of view. Urinary incontinence was reported in 37 (74.0%) of the inactive women. In a patient with spinal cord injury, the presence of sexual dysfunction is positively correlated with dissatisfaction with one's sex life (OR=34.2 [CI95%4.6-372.0,  $p<0.001$ ]). Sexually active women with sexual dysfunction show lower satisfaction with their sex life, but with no impact on overall quality of life. **Conclusions:** The prevalence of sexual dysfunction in women with traumatic and non-traumatic spinal cord injuries is high, with a predominance of problems related to the domains of desire, arousal, and orgasm. Most women with SCI are sexually inactive. Age, being married, pre-menopause, urinary continence, not needing assistance in locomotion and greater expression of “desire” were considered predictors of active sexual life. Sexual dysfunction is directly related to dissatisfaction with one's sex life.

**Keywords:** Sexual behavior. Multiple sclerosis. Women. Personal satisfaction. Orgasm. Sexual health. Sexuality. Quality of life. Disabled persons.



## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Comparação dos escores dos domínios do FSFI entre mulheres ativas com e sem disfunção e inativas ..... 28
- Figura 2** - Avaliação das questões do QSF ..... 28
- Figura 3** - Comparação entre os domínios avaliados do Whoqol-bref e satisfação com a vida sexual ..... 32

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> -	Características sociodemográficas de mulheres com LM.....	24
<b>Tabela 2</b> -	Características da lesão medular.....	25
<b>Tabela 3</b> -	Características da atividade sexual antes e após a LM .....	26
<b>Tabela 4</b> -	Comparação dos domínios do FSFI entre mulheres sexualmente ativas com e sem disfunção sexual .....	27
<b>Tabela 5</b> -	Distribuição de variáveis de acordo com atividade sexual .....	29
<b>Tabela 6</b> -	Distribuição de diferentes variáveis considerando satisfação com a vida sexual .....	30

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<	Menor
=	Igual
>	Maior
≤	Menor ou igual
≥	Maior ou igual
ANOVA	Análise de Variância
FSFI	Índice de Função Sexual Feminino
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IC	Intervalo de confiança
IIQ	Intervalo interquartil
LM	Lesão medular
LNT	Lesão medular não traumática
LT	Lesão medular traumática
NBDS	Escala de Disfunção do Intestino Neurogênico
NBSS -SF	Escala de Sintomas de Bexiga Neurogênica abreviado
OR	<i>Odds Ratio</i>
QV	Qualidade de Vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
VS	Vida Sexual
WHOqol-bref	Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde abreviado

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo primário .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos secundários.....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Análise estatística.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2</b>	<b>Considerações éticas .....</b>	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
<b>4.1</b>	<b>Desenho do estudo.....</b>	<b>24</b>
<b>4.1</b>	<b>Função sexual .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1.1</b>	<b>Avaliação da função sexual com o questionário FSFI.....</b>	<b>27</b>
<b>4.1.2</b>	<b>Avaliação da função sexual utilizando o questionário QSF.....</b>	<b>28</b>
<b>4.2</b>	<b>Manejo vesical, incontinência urinária e disfunção vesical .....</b>	<b>29</b>
<b>4.3</b>	<b>Incontinência fecal utilizando o NBDS .....</b>	<b>29</b>
<b>4.4</b>	<b>Preditores e fatores associados com vida sexual ativa.....</b>	<b>29</b>
<b>4.5</b>	<b>Preditores e fatores associados com satisfação com a vida sexual .....</b>	<b>30</b>
<b>4.6</b>	<b>Função sexual e qualidade de vida .....</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>34</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>43</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>45</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>52</b>
	<b>ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido .....</b>	<b>52</b>
	<b>ANEXO B – Questionário do Projeto EDSMLM .....</b>	<b>55</b>
	<b>ANEXO C – FSFI – <i>Female Sexual Function Index</i> .....</b>	<b>58</b>
	<b>ANEXO D – SQS-F (Quoeficiente sexual – feminino) .....</b>	<b>61</b>
	<b>ANEXO E – Avaliação de sintomas da bexiga neurogênica – abreviado (NBSS-SF) .....</b>	<b>63</b>
	<b>ANEXO F – Escore de Disfunção do Intestino Neurogênico .....</b>	<b>65</b>
	<b>ANEXO G – WHOQOL-abreviado (<i>World Health Organization Quality of Life</i> – abreviado).....</b>	<b>66</b>
	<b>ANEXO H – Aprovação do Projeto de Pesquisa .....</b>	<b>69</b>

# **1 INTRODUÇÃO**

---

## 1 INTRODUÇÃO

Lesão medular (LM) devido a traumatismo ou doenças neurológicas é uma condição que leva a graves consequências e alteração de vida das pessoas acometidas, de suas famílias e da sociedade. Pessoas com acometimento medular de qualquer origem costumam evoluir com sequelas motoras e sensitivas importantes que podem ocorrer de forma súbita ou progressiva, evoluindo, muitas vezes, com perda da função geniturinária, gastrointestinal e sexual<sup>1,2</sup>.

Os dados sobre incidência de lesão medular traumática (LT) e das doenças neurológicas no Brasil não são muito precisos, uma vez que nenhuma dessas condições estão sujeitas à notificação compulsória. Sabe-se, porém, que lesões em mulheres por causas traumáticas correspondem a cerca de 15% dos casos<sup>3,4</sup> e causas não traumáticas (inclui patologias como doenças autoimunes, mielites, discopatias, isquemias, tumores e outros) a prevalência é maior em mulheres<sup>5</sup>. A incidência de LT varia conforme a região analisada. Nos Estados Unidos, por exemplo, ocorrem por volta de 12.000 casos novos ao ano, na Coreia, esse número fica em torno de 2.000 novos casos ao ano<sup>6</sup>. No Brasil, o Ministério da Saúde considera a incidência de 40 novos casos/ano/milhão ou seja 6 a 8 mil novos casos por ano<sup>5</sup>.

Importantes avanços no atendimento inicial às vítimas de LT e avanço na tecnologia que vêm permitindo cirurgias mais precisas e descoberta de medicamentos mais modernos na abordagem dos pacientes com lesão não traumática (LNT). Tais fatos contribuem para diminuir as sequelas e melhorar a taxa de sobrevivência destes pacientes. Entretanto, as consequências decorrentes da lesão podem permanecer e, no caso das LNT, podem piorar com o tempo. Estes indivíduos ficam mais sujeitos a complicações variadas e limitações físicas, muitas vezes, necessitando internações e visitas médicas com frequência maior do que a população geral. Muitas destas condições podem ser prevenidas e tratadas, mas representam um ônus não apenas para a sociedade, como também para os pacientes e seus familiares, sendo motivo de sofrimento e afetando a qualidade de vida.

Apesar de todos os problemas enfrentados, as perspectivas para pessoas com deficiência têm melhorado. Programas de conscientização e inclusão estão nas mídias sociais chamando atenção para as necessidades específicas desta população. Programas de reabilitação com abordagem multidisciplinar procuram otimizar a recuperação funcional das pacientes. Os avanços tecnológicos têm trazido possibilidades de superação de limitações, contribuindo para um retorno às atividades regulares e melhora de expectativa de vida.

A preocupação com qualidade de vida e seus determinantes têm ganhado atenção cada vez mais por parte dos profissionais de Saúde que participam do processo de reabilitação. Os

objetivos hoje vão além da recuperação neurológica e prevenção de complicações clínicas. Incluem também a recuperação funcional e melhoria de vários aspectos relacionados com qualidade de vida que representa um conceito de valorização da vida indo além do controle de sintomas, diminuindo a mortalidade e, conseqüentemente, a expectativa da vida<sup>7</sup>. O termo qualidade de vida (QV) é complexo e definido pela Organização Mundial da Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>7</sup>, sendo a sexualidade um dos parâmetros incluídos neste contexto.

A abordagem de aspectos relacionados com a sexualidade humana ainda é deficitária. A discussão sobre o assunto abordado sobre dificuldades para populações específicas como de idosos, adolescentes, comunidade LGBTQIA+ é ainda mais difícil para as pessoas com deficiência. Existe uma tendência de enxergar uma pessoa com lesão medular como ser assexuado<sup>8</sup>. Soma-se a esta dificuldade o fato de profissionais da área de Saúde, muitas vezes, não terem o conhecimento adequado e não serem treinados para abordar questões de sexualidade<sup>9</sup>. Essa barreira precisa ser quebrada para que haja uma abordagem intencional por parte da equipe assistencial, proporcionando informação, tratamento e soluções sempre que possível<sup>9-11</sup>.

Sabe-se que a função sexual em pessoas com doenças crônicas ou condições clínicas como câncer pélvico, insuficiência renal crônica, entre outras, apresenta mudanças no comportamento sexual de forma direta ou indireta, levando a um impacto negativo na qualidade de vida e nos relacionamentos interpessoais<sup>12-14</sup>. Mudança na sexualidade devido à LT e LNT é fato comum, complexo e confuso, mas ainda uma prioridade para as pessoas afetadas<sup>15,16</sup>. Estudos na população feminina vêm se tornando mais frequentes, porém ainda são poucos os que avaliam a extensão do impacto<sup>17-19</sup>. As bases fisiopatológicas da disfunção sexual em mulheres com lesão medular são mais bem compreendidas atualmente<sup>20-23</sup>. Estudos demonstraram a possibilidade de manutenção de vasocongestão pélvica, resultante de reflexo sacral ou vasocongestão psicogênica resultante de reflexo toracolombar, que podem ser preservados dependendo da lesão. Cerca de 50% das mulheres mantêm a capacidade de atingir orgasmo por meio de estímulo genital<sup>20,24</sup>. O comprometimento do sistema autônomo interfere no funcionamento normal do sistema cardiovascular, respiratório, urinário, gastrointestinal, termorregulador e atividades sexuais. A inervação autonômica é essencial para a função sexual<sup>21</sup>. A repercussão do comprometimento vai depender do nível da lesão e grau da perda de função motora e sensitiva<sup>1,25</sup>. Em um estudo com mulheres com lesão medular completa acima de T9, essas relataram orgasmo a partir de estímulo vaginal, do colo cervical e dos mamilos, o

que serviu de base para estudos posteriores que demonstraram a possibilidade de resposta sexual mesmo se tratando de lesões completas<sup>24,26</sup>. As alterações no sistema urinário e gastrointestinal estão frequentemente associadas a uma diminuição da sensibilidade intestinal e vesical, e diminuição ou falta de controle voluntário da micção e evacuação. O medo da perda de urina e/ou fezes durante a relação representa mais um fator de preocupação que pode interferir na atividade sexual das pessoas com LM<sup>1,25,27</sup>.

Nos últimos anos, o número de publicações com essa temática vem aumentando, o que demonstra a importância e a necessidade de abordar a questão sexual de mulheres com LM. Vários estudos colaboraram para melhorar o conhecimento nessa área, mas muitos aspectos permanecem pouco conhecidos e pouco abordados. A sexualidade é identificada como uma das motivações centrais da vida e a restauração da função sexual pode influenciar substancialmente o processo de reabilitação como um todo<sup>18</sup>. Pesquisadores demonstraram que cerca de 50% das mulheres tornam-se sexualmente inativas após a lesão medular e muitas acabam sofrendo um divórcio nesse processo<sup>28-30</sup>. No Estudo da Vida Sexual dos Brasileiros em 2003, 96,1% das mulheres que participaram da pesquisa responderam que o sexo era “geralmente importante” ou importantíssimo, “prioridade” para a harmonia do casal<sup>31</sup>, mesmo assim, muitas vezes essa importância é subvalorizada.

Melhor conhecimento dos fatores determinantes da vida sexual em mulheres com LT e LNT poderá ajudar a compreender as necessidades desta população e a construir estratégias para melhorar a qualidade de vida destas pacientes, além de permitir maior compreensão do problema pelos profissionais envolvidos no seu tratamento. Neste estudo, procuramos avaliar variados aspectos da vida sexual de mulheres com LT e LNT com ênfase nos fatores associados à resposta sexual, à satisfação com a vida sexual e ao seu impacto na qualidade de vida.



## **2 OBJETIVOS**

---

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo primário**

Avaliar as características e a prevalência da disfunção sexual em mulheres com lesão medular.

### **2.2 Objetivos secundários**

Avaliar fatores relacionados aos domínios específicos da sexualidade feminina, tais como desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação com a vida sexual; e comparar com grupo controle.

Avaliar a associação da disfunção sexual com a presença de disfunção vesico esfinteriana e intestinal, e qualidade de vida.

## **3 MATERIAL E MÉTODOS**

---

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo que avaliou mulheres com lesão medular traumática (LT) e não traumática (LNT) em acompanhamento em unidades do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Entre as condições causadoras de LNT, incluímos esclerose múltipla, doenças inflamatórias e/ou infecciosas (mielites, paraparesia espástica tropical etc.), tumores, isquemia, hérnia de disco e disrafismo medular. Foram incluídas participantes das seguintes unidades: (1) Ambulatório de Disfunção Miccional do Departamento de Urologia do HCFMUSP, (2) Ambulatório de Neurologia do HCFMUSP e (3) Ambulatório de Lesão Medular da Divisão de Medicina Física do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do HCFMUSP.

Critérios de inclusão e exclusão: Foram incluídas no estudo mulheres com idade mínima de 18 anos portadoras de LT (há mais de um ano), ou LNT (estável há mais de 6 meses) com capacidade cognitiva para compreender, aceitar as condições do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Foram excluídas mulheres com déficit cognitivo (submetidas a uma avaliação subjetiva do examinador) ou que não quiseram participar do estudo.

A amostra do estudo é de conveniência, com o objetivo de um total de 80 participantes correspondendo a média amostral de pesquisas realizadas sobre a problemática em questão. Um total de 128 mulheres portadoras de LM foram convidadas a participar do estudo ao comparecerem para consulta médica de rotina, previamente agendada, no período de agosto de 2018 a março de 2022. O objetivo e desenho do estudo foi explicado às participantes que foram convidadas a participar. Entre as mulheres convidadas, 30 (23,6%) foram excluídas do estudo pelas seguintes razões: não concordaram em participar, desistiram logo que iniciaram a entrevista ou responderam menos de 50% das perguntas. Um total de 98 mulheres assinaram o TCLE pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo (Anexo A).

A coleta dos dados foi realizada por meio de uma breve entrevista seguida do preenchimento dos questionários impressos, estando o entrevistador (pesquisador ou aluno da graduação treinado para esse fim) sempre disponível para esclarecer dúvidas. Foram aplicados em ambiente reservado em atenção à privacidade da paciente. A duração média para completar os questionários foi de 40 minutos.

Os dados coletados foram transferidos para um banco de dados utilizando a plataforma do REDCap®, em que permaneceram armazenados.

Na avaliação utilizou-se questionário estruturado, abrangente, contendo instrumentos validados e outros especificamente elaborados para este estudo. Os itens avaliados foram:

- Dados sociodemográficos (idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar) (Anexo B);
- Aspectos relacionados à lesão medular: origem da lesão (LT ou LNT), causas da LT e causas da LNT, tempo de diagnóstico e limitações de mobilidade (Anexo B);
- Aspectos relacionados à vida sexual como: motivação para atividade sexual, motivos para não serem sexualmente ativas, hábito de masturbação, uso de lubrificantes ou acessórios, se já passaram pela menopausa ou não. Foram consideradas sexualmente ativas as mulheres que responderam ter participado de alguma atividade sexual (sexo com penetração ou não) nos últimos 6 meses (Anexo B);
- Aspectos relacionados à atividade sexual atual e previamente à lesão: foram incluídas perguntas abordando atividade sexual, frequência, modalidades praticadas, presença de lubrificação, orgasmo e satisfação nas relações antes e após a lesão que foi avaliada por meio de uma escala entre 0 e 10, em que 0 significa “muito insatisfeita” e 10, “muito satisfeita” (Anexo B);
- Função sexual de mulheres com e sem atividade sexual e grupo-controle: *Female Sexual Function Index* – FSFI<sup>32,33</sup>, instrumento adaptado e validado para avaliação sexual na mulher com 19 questões abrangendo os domínios de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e desconforto ou dor. O escore total é dado pelo resultado dos somatórios dos domínios, sendo cada um destes multiplicado por uma constante como a seguir: desejo, 0,6; excitação, 0,3; lubrificação, 0,3; orgasmo, 0,4; satisfação, 0,4 e dor, 0,4. Mulheres sexualmente inativas são identificadas pela opção “sem atividade sexual ou sem parceiro” e, neste grupo, foi considerado apenas o escore relacionado ao “desejo”, único domínio que pode ser avaliado de forma independente tanto para mulheres ativas quanto inativas, sendo que o escore varia entre 1,2 e 6; e valores menores que 5 são indicativos de desejo diminuído<sup>24</sup>. O escore total do FSFI varia de 0 a 36. O ponto de corte mais utilizado para considerar disfunção sexual é valor menor ou igual a 26,55<sup>32,34,35</sup> que foi o utilizado na pesquisa (Anexo C);
- Função sexual de mulheres ativas: QS-F<sup>36</sup> instrumento validado para avaliação objetiva dos domínios da atividade sexual da mulher que engloba desejo, excitação, orgasmo e seus respectivos correlatos psicofísicos. Questionário desenvolvido para

Língua Portuguesa e utilizado primariamente na população brasileira. Este questionário leva em consideração a atividade sexual nos últimos 6 meses com 10 questões em escala Likert variando de 0 a 5 (0 = nunca e 5 = sempre) e a soma deve ser multiplicada por 2 levando a um escore total entre 0 e 100. Considera-se disfunção sexual se pontuação abaixo de 60<sup>36,37</sup> (Anexo D);

- Manejo vesical e incontinência urinária: foram avaliados por meio do NBSS-SF (Escala de sintomas da bexiga neurogênica – *Neurogenic Bladder Symptom Score – Short form*) instrumento validado utilizado para avaliação dos sintomas da bexiga neurogênica. Utilizamos a questão 1 referente a manejo da bexiga, e questão 3 relativas à incontinência. Todas as perguntas, exceto a 1, estão em escala de Likert, variando de 0 a 4 (na questão 3, 0= Zero – nunca perco urina, 1 = raramente, 2 = poucas vezes por semana, 3 = cerca de 1 vez ao dia e 4 = mais de 1 vez ao dia). Foi considerada incontinente a mulher que respondeu ter perdas poucas vezes por semana ou mais<sup>38</sup> e incontinência severa as que responderam uma vez ao dia ou mais (Anexo E);
- Incontinência fecal: foi avaliado por meio do NBDS (Escore de Disfunção do Intestino Neurogênico – *Neurogenic Bowel Dysfunction Score*), instrumento utilizado para avaliação das disfunções intestinais do paciente neurogênico. Foram consideradas mulheres com incontinência fecal as que responderam terem perdas involuntárias de fezes de 3 a 4 vezes por mês ou mais na pergunta 7 do instrumento<sup>39-41</sup>. Incontinência fecal severa foi definida como perdas fecais diárias (Anexo F);
- Whoqol-Bref (Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde abreviado – *World Health Organization quality of life - bref*) instrumento validado para avaliação da qualidade de vida constituído de 26 perguntas em escala Likert com valores variando 1 a 5, em que as perguntas 1 e 2 são referentes à autopercepção em relação à qualidade de vida (pergunta 1, 1 = muito ruim e 5 = muito boa) e satisfação com a saúde (pergunta 2, 1 = muito insatisfeita e 5 = muito satisfeita). Escore total de 0 a 100 e, quanto mais próximo de 100, melhor qualidade de vida<sup>42</sup> (Anexo G). A satisfação com a vida sexual foi avaliada por meio do item 21 do Whoqol-bref (*World Health Organization quality of life – abreviate*). Foram consideradas satisfeitas com a vida sexual as mulheres que referiram estar satisfeitas ou muito satisfeitas.

Preditores de vida sexual ativa e de vida sexual satisfatória: foi realizada análise uni e multivariada, tendo como objetivo identificar possíveis preditores de vida sexual ativa e de vida sexual satisfatória.

### 3.1 Análise estatística

As variáveis quantitativas, contínuas ou ordinais, foram descritas por suas medidas de tendência central (médias ou medianas) e pelas respectivas medidas de dispersão (desvio padrão, variação interquartil ou valores mínimo e máximo) enquanto as nominais ou qualitativas foram descritas por seus valores absolutos, percentagens ou proporções.

Para a comparação das diferenças das variáveis contínuas, utilizamos o teste t de Student ou o teste de Mann-Whitney. Para comparação dos dados categóricos, os testes de Fisher ou do qui-quadrado e suas variantes.

Para as variáveis independentes qualitativas, da frequência absoluta e percentual, e, para as quantitativas, da média e desvio padrão, foi utilizada análise univariada. A análise bivariada e multivariada foi realizada para obtenção de *Odds Ratio* (OR) com respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%), da associação entre as variáveis independentes estabelecidas e a variável dependente de disfunção sexual. Por fim, selecionaram-se, mediante o teste da razão máxima verossimilhança, as variáveis independentes significantes ( $p < 0,05$ ) para o ajuste do modelo logístico multivariado.

Valores de p menores que 0,05 ( $p < 0,05$ ) foram considerados significativos.

Para a análise, foi utilizado o programa estatístico computacional GraphPad Prism, versão 9.0.3, GraphPad Software, San Diego-CA, USA.

### 3.2 Considerações éticas

O presente estudo foi resultante do projeto de pesquisa intitulado "Epidemiologia da disfunção sexual em mulheres com lesão medular".

Por tratar-se de um estudo observacional, realizado por meio de entrevistas, o risco considerado foi mínimo. As participantes receberam por escrito e verbalmente as informações detalhadas sobre a natureza, os métodos e os objetivos do estudo. Após esclarecimento de todas as dúvidas e garantida a confidencialidade das informações e das identidades das participantes, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Protocolo nº 86965218.3.0000.0068.

## **4 RESULTADOS**

---



## 4 RESULTADOS

### 4.1 Desenho do estudo

Foram avaliadas 98 mulheres com lesão medular com idade média de 42.5 +/-12,1 anos (intervalo 19 a 69 anos), sendo 14 (14,3%) de causa traumática e 84 (85,7%) de causa não traumática.

As características sociodemográficas da população e as características da lesão medular estão descritas nas Tabelas 1 e 2, respectivamente.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas de mulheres com LM

	n (%)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiras/Separadas/Viúvas	56 (57,1%)
Casadas/União estável	42 (42,9%)
<b>Escolaridade</b>	
Fundamental	13 (13,3%)
Ensino médio	46 (46,9%)
Técnico, superior ou pós-graduação	34 (34,7%)
Não responderam	5 (5,1%)
<b>Ocupação</b>	
Atividade remunerada	30 (30,6%)
Aposentadas	38 (38,8%)
Sem remuneração	26 (26,5%)
Não informaram	4 (4,1%)
<b>Renda Familiar</b>	
Menos de 1 salário*	7 (7,1%)
De 1 a 5 salários	73 (74,5%)
Acima de 5 salários	11 (11,2%)
Não informaram	7 (7,1%)

\* 1 salário-mínimo vigente no momento da entrevista.

**Tabela 2 -** Características da lesão medular

	<b>n (%)</b>
<b>Origem da Lesão</b>	
Traumática	14 (14,3%)
Não traumática	84 (85,7%)
<b>Causas de Lesão Traumática</b>	
Queda de altura	5 (35,7%)
Projétil de arma de fogo	3 (21,4%)
Acidente de carro	3 (21,4%)
Atropelamento	2 (14,3%)
Outros	1 (7,2%)
<b>Causas de Lesão não Traumática</b>	
Esclerose múltipla	47 (55,9%)
Doenças infecciosas/inflamatórias	12 (14,3%)
Hérnia de disco	8 (9,5%)
Tumor	3 (3,6%)
Outros (mielomeningocele, etc.)	14 (16,7%)
<b>Tempo de lesão medular</b>	
De 6 meses a 2 anos	3 (3,1%)
De 2 anos a 5 anos	14 (14,3%)
Mais de 5 anos	63 (64,3%)
Não responderam	18 (18,4%)
<b>Mobilidade</b>	
Deambula sem auxílio	38 (38,8%)
Deambula com auxílio ou apoio*	26 (26,5%)
Cadeirante	21 (21,4%)
Não responderam	13 (13,3%)

\* bengala, muleta, andador

#### 4.1 Função sexual

Entre as mulheres avaliadas, 48 (49,0%) referiram ser sexualmente ativas nos últimos 6 meses, sendo 14 (29,2%) solteiras, separadas ou viúvas e 34 (70,8%) casadas ou em união estável. Entre as 50 (51,0%) mulheres sem atividade sexual, 42 (84,0%) eram solteiras, separadas ou viúvas e 8 (16,0%) casadas ou em união estável.

Para as mulheres sexualmente ativas, os principais motivos que as levaram à atividade sexual foram: prazer físico (78,6%), atração pelo (a) parceiro (a) (67,9%) e demonstração de amor ou afeto ao parceiro (a) (53,6%). Apenas 14 (29,2%) afirmaram terem a prática de realizar automasturbação. Uso de lubrificantes foi referido por 6 (12,5%) mulheres. O uso de acessórios durante a atividade sexual foi relatado por 22 (45,8%) mulheres, incluindo 19 (86,4%) que usavam pênis de borracha e 3 (13,6%) que usavam vibradores.

Entre as mulheres sexualmente inativas, os principais motivos relatados foram: falta de parceiro (a) (48,0%), falta de interesse (32,0%) e dificuldades devido às limitações físicas (24,0%).

Em comparação com o período anterior à LM, significativas mudanças foram observadas, conforme demonstrado na Tabela 3. Das 98 mulheres avaliadas, 22 (22,4%) referiram ser sexualmente inativas antes da lesão, contra 50 (51,0%), após a lesão. A frequência de relações sexuais diminuiu, assim como, o relato de presença de lubrificação, capacidade de obter orgasmo e o grau de satisfação com a vida sexual como um todo. As participantes também referiram mudança no repertório sexual, notadamente com grande redução de mulheres que referem ter penetração vaginal (81,6% vs. 46,9%).

**Tabela 3 -** Características da atividade sexual antes e após a LM

	Antes	Após	p
<b>Frequência de atividade sexual</b>			
Mais de 4 vezes por mês	36 (37,7%)	20 (20,4%)	
Entre 1 e 4 vezes por mês	23 (23,55)	16 (16,3%)	
Menos de 1 vez por mês	12 (12,2%)	10 (10,2%)	<0,001
Sem atividade	22 (22,4%)	50 (51,0%)	
Não responderam	5 (5,1%)	2 (2,0%)	
<b>Lubrificação</b>			
Sempre presente	58 (59,2%)	19 (19,4%)	
Presente na maioria das vezes	17 (17,3%)	18 (18,4%)	
Presente na metade das vezes	9 (9,2%)	15 (15,3%)	<0,001
Quase nunca	2 (2,3%)	25 (25,5%)	
Não responderam	12 (12,2%)	21 (21,4%)	
<b>Orgasmo</b>			
Sempre presente	39 (39,8%)	8 (8,2%)	
Presente na maioria das vezes	22 (22,4%)	16 (16,3%)	
Presente cerca de metade das vezes	6 (6,1%)	8 (8,2%)	<0,001
Raramente presente	13 (13,3%)	6 (6,1%)	
Quase nunca	8 (8,2%)	56 (57,1%)	
Não responderam	10 (10,2%)	4 (4,1%)	

continua

conclusão

**Tabela 3** - Características da atividade sexual antes e após a LM

	Antes	Após	p
<b>Repertório*</b>			
Penetração vaginal	80 (81,6%)	46 (46,9%)	
Penetração anal	7 (7,1%)	6 (6,1%)	
Oral	25 (25,5%)	20 (20,4%)	
Masturbação sozinha	7 (7,1%)	8 (8,2%)	<0,001
Masturbação mútua	15 (15,3%)	12 (12,2%)	
Não tenho relações	15 (15,35)	48 (49%)	
<b>Satisfação global</b> (escala de 0 a 10) **	6,9 ± 3,2	4,2 ± 3,5	<0,001

\* Possibilidade de mais de uma resposta;

\*\* Escala de 0 (totalmente insatisfeita) a 10 (totalmente insatisfeita) – média +/- DP

#### 4.1.1 Avaliação da função sexual com o questionário FSFI

O escore médio do FSFI foi 22,0 +/- 10,1 e 28 (58,3%) mulheres foram classificadas como tendo disfunção sexual (FSFI ≤ 26,55).

Na avaliação de cada um dos domínios do FSFI e considerando mulheres com e sem disfunção sexual, observamos uma diferença entre os resultados dos dois grupos, em todos os itens avaliados, com significância estatística (p<0,001)(Tabela 4).

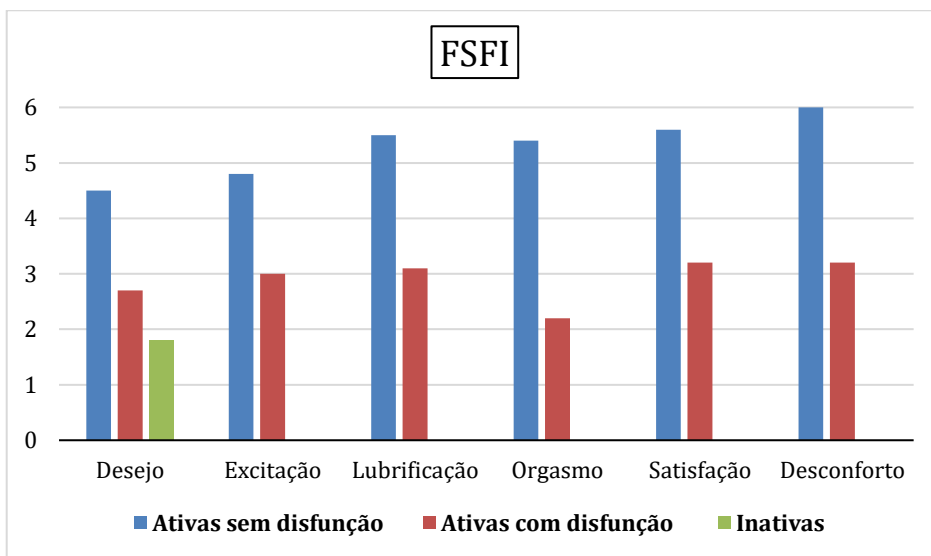
Considerando todas as mulheres avaliadas, desejo sexual entre as mulheres sexualmente ativas foi muito superior ao das inativas (3,6 [2,4 - 4,8] vs. 1,8 [1,2 - 3,6]; p< 0,001; Figura 1).

**Tabela 4** - Comparação dos domínios do FSFI entre mulheres sexualmente ativas com e sem disfunção sexual

	Ativas sem disfunção* (n=20)	Ativas com disfunção (n=28)	Valor de P
<b>Desejo</b> (1,2–6)	4,5 [3,6 – 4,9]	2,7 [1,8 – 3,6]	<0,001
<b>Excitação</b> (0–6)	4,8 [4,2 – 5,2]	3,0 [0,7 – 3,9]	<0,001
<b>Lubrificação</b> (0-6)	5,5 [5,0 – 6,0]	3,1 [0,3 – 4,5]	<0,001
<b>Orgasmo</b> (0–6)	5,4 [4,7 – 6,0]	2,2 [0,0 – 3,6]	<0,001
<b>Satisfação</b> (0,8–6)	5,6 [ 4,8 – 6,0]	3,4 [1,2 – 4,5]	<0,001
<b>Desconforto</b> (0–6)	6,0 [ 4,8 – 6,0]	3,2 [0,0 – 4,9]	<0,001

\*Disfunção sexual: Escore total do FSFI &gt;26,55

**Figura 1** - Comparação dos escores dos domínios do FSFI entre mulheres ativas com e sem disfunção e inativas



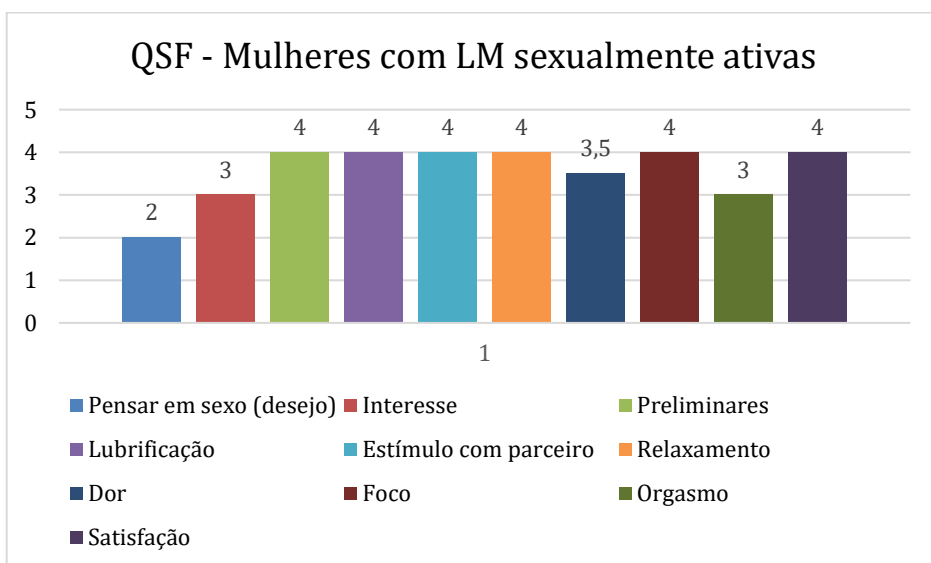
Fonte: De autoria própria.

#### 4.1.2 Avaliação da função sexual utilizando o questionário QSF

O escore médio do QSF foi 69,0 +/-19,5, sendo 14 (29,2%) mulheres sexualmente classificadas como tendo disfunção sexual (QSF<60).

Analisando cada uma das questões do QSF isoladamente (Figura 3), observamos que os itens relacionados ao desejo (pensar em sexo), interesse e orgasmo foram os de pior performance.

**Figura 2** - Avaliação das questões do QSF



Fonte: De autoria própria.

## 4.2 Manejo vesical, incontinência urinária e disfunção vesical

Quanto à forma de esvaziamento vesical, 65 (66,3%) mulheres tinham micção espontânea, 25 (25,5%) realizavam cateterismo limpo intermitente e 8 (8,2%) utilizavam cateter Foley. Das 98 mulheres, 51(52,0%) relatavam incontinência urinária (perda de urina poucas vezes por semana ou mais) Dessas, 28 (28,6%) mulheres relatavam incontinência severa (perdas diárias), sendo que 17(17,3%) referiam necessidade de uso de três ou mais absorventes ou fraldas por dia. Entre as mulheres com incontinência severa, 11 (64,7%) eram sexualmente inativas.

## 4.3 Incontinência fecal utilizando o NBDS

Quanto à incontinência fecal, 20 (20,4%) mulheres referiram perdas fecais involuntárias, pelo menos, três vezes ao mês ou mais. Incontinência severa (perdas diárias) foi referida por apenas 3 mulheres (3,1%).

## 4.4 Preditores e fatores associados com vida sexual ativa

Para as comparações pertinentes, pesquisa de preditores ou condições associadas à vida sexual ativa, foram analisados os dados incluídos na Tabela 5.

**Tabela 5 -** Distribuição de variáveis de acordo com atividade sexual

	<b>Sexualmente Ativas (n=48)</b>	<b>Sexualmente Inativas (n=50)</b>	<b>Valor de P</b>
<b>Idade (média/DP)</b>	38,0 +/- 10,0	46,9 +/- 12,6	<0,001
<b>Casadas ou união estável</b>	34 (70,8%)	8 (16,0%)	<0,001
<b>Menopausa</b>	6 (12,5%)	22 (44,0%)	0,002
<b>Mobilidade*</b>	7 (14,6%)	14 (28,0%)	0,004
<b>Incontinência urinária</b>	14 (29,2%)	37 (74,0%)	<0,001
<b>Incontinência fecal</b>	6 (12,5%)	14 (28,0%)	0,061

\*% de pacientes cadeirantes

Na análise univariada, todas as variáveis, com exceção de incontinência fecal, estavam associadas a uma vida sexual ativa. Ser casada aumenta cerca de 12 vezes, a chance de ser ativa sexualmente (OR 12,8 [IC95%4,8-33,9, p<0,001]. Incontinência urinária diminui a chance em

88% (OR 0,12 [IC 95% 0,0 – 0,3,  $p < 0,001$ ) assim como já ter passado pela menopausa (OR 0,1 [IC95% 0,1 – 0,4,  $p = 0,003$ ).

#### 4.5 Preditores e fatores associados com satisfação com a vida sexual

Para as comparações pertinentes aos preditores associados à satisfação com a vida sexual, foram analisados os dados incluídos da Tabela 6. Nesta avaliação, comparamos os resultados apenas entre mulheres sexualmente ativas, considerando satisfação com a vida sexual as respostas “satisfeitas” ou “muito satisfeitas” da questão 21 do Whoqol-bref.

**Tabela 6** - Distribuição de diferentes variáveis considerando satisfação com a vida sexual

	Ativas e Satisfeitas (n=29)	Ativas e Insatisfeitas (n=19)	Valor de P
<b>Idade (média/DP)</b>	37,6 +/- 9,2	40,7 +/- 11,2	0,002
<b>Estado Civil</b>			
Casadas/União estável	21 (72,4%)	13 (68,4%)	<0,001
<b>Escolaridade</b>			
Técnico, superior ou pós-graduação	13 (44,8%)	7 (36,8%)	0,311
<b>Ocupação</b>			
Sem atividade remunerada	15 (51,7%)	12 (63,2%)	0,207
Atividade remunerada	12 (41,4%)	7 (36,8%)	
<b>Menopausa</b>	2 (6,9%)	4 (21,1%)	<0,001
<b>Causas da LM</b>			
Traumática	3 (10,3%)	2 (10,5%)	0,563
Não traumática	26 (89,7%)	17 (89,5%)	
<b>Tempo de lesão medular</b>			
6 meses a 5 anos	6 (20,7%)	6 (31,6%)	0,691
> 5anos	18 (62,1%)	11 (57,9%)	
<b>Mobilidade</b>			
Deambula sem auxílio	17 (58,6%)	9 (47,4%)	0,041
Deambula com algum auxílio *	5 (17,2%)	3 (15,8%)	
Cadeirante	3 (10,3%)	3 (15,8%)	
<b>FSFI</b>			
Desejo**	3,6 [3,6 – 4,8]	2,4 [1,8 – 3,0]	<0,001
Escore total	28,3 [25,0-31,6]	9,6 [3,6 – 21,7]	
Disfunção sexual	10 (34,5%)	18 (94,7%)	

continua

**Tabela 6 - Distribuição de diferentes variáveis considerando satisfação com a vida sexual** conclusão

	Ativas e Satisfeitas	Ativas e Insatisfeitas	Valor de P
<b>Miccão</b>			
Espontânea	23 (79,3%)	14 (73,7%)	
Cateterismo intermitente	5 (17,2%)	2 (10,5%)	0,076
Cateter permanente	1 (3,5%)	3 (15,8%)	
<b>Incontinência urinária***</b>	6 (20,7%)	8 (42,1%)	<0,001
<b>Incontinência severa ***</b>			
Perda 1 vez ao dia ou mais	3 (10,3%)	8 (42,1%)	<0,001
<b>Incontinência fecal ^</b>	3 (10,3%)	3 (15,8%)	0,286
<b>Whoqol-bref</b>			
Escore total (média/DP)	68,1 +/- 11,2	61,0 +/- 12,1	0,053

\* Bengala, muleta ou andador;

\*\* FSFI – escore entre 1,2 e 6, desejo diminuído se <5;

\*\*\* NBSS-SF, Questões 3 e 4;

^ NBDS, questão 7.

Nesta análise, observamos que ser ativa sexualmente e ter satisfação com a vida sexual está relacionado com o fato de: serem mais jovens, casadas, não terem passado pela menopausa, não serem cadeirantes, apresentarem melhores pontuações no FSFI e serem continentas. Mulheres ativas, mas com disfunção, obtiveram os piores escores de desejo e maior insatisfação com a vida sexual. Mulheres com disfunção sexual (FSFI $\leq$ 26,55) apresentam maior chance de serem insatisfeitas sexualmente, OR=34,2 [IC95%4,6-372,0, p<0,001]. Em uma regressão logística multivariada, estar casada aumenta a chance de satisfação com a vida sexual em 13 vezes (OR 13,8 [IC95%4,2–45,4, p<0,001]), cada ano de idade diminui em 7% (OR 0,93 [IC95% 0,9 – 1,0, p=0,009) e ser continente aumenta em 6 vezes (OR 6,02 [IC95% 2,0 – 18,2, p=0,001).

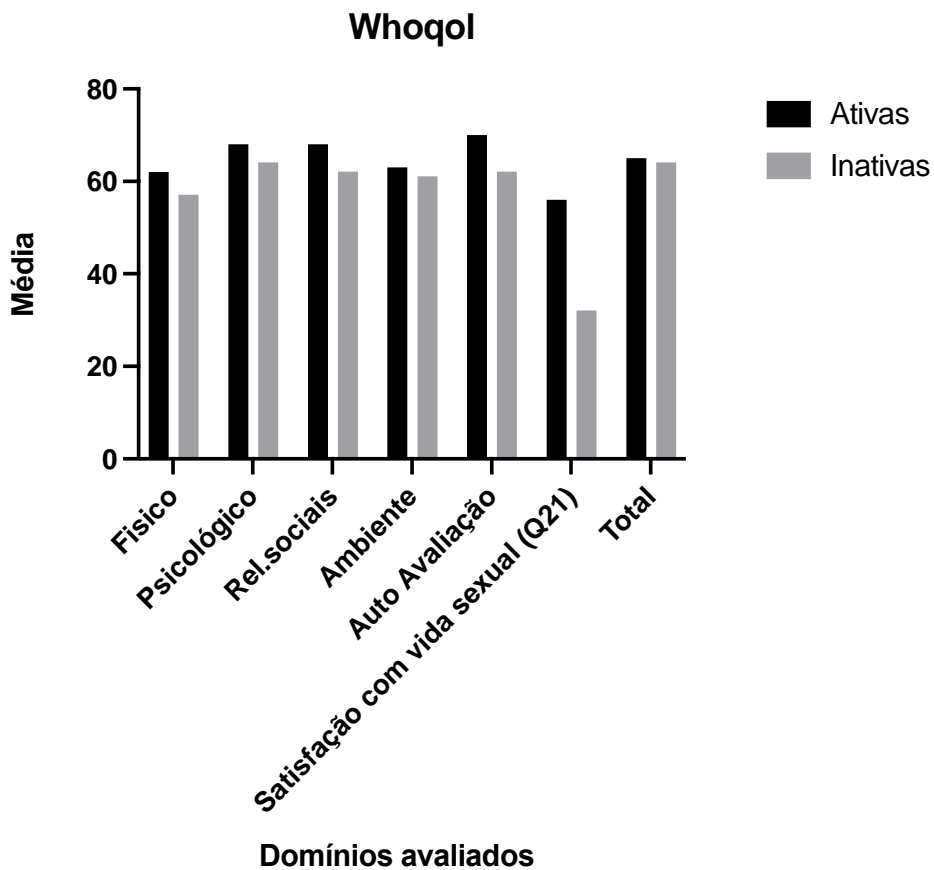
#### 4.6 Função sexual e qualidade de vida

Avaliando a qualidade de vida das 98 mulheres utilizando o Whoqol-bref, observamos uma média de 63,0 (numa escala de 0 a 100) no escore total. Entre as 48 mulheres sexualmente ativas e sem disfunção sexual, 29 (60,4%) responderam estarem satisfeitas com a vida sexual e 19 (39,6%) insatisfeitas de acordo com a pergunta 21 do questionário. Entre as inativas, 8 (16,0%) referiram estarem satisfeitas mesmo sem atividade sexual. Observamos que a



satisfação com a vida sexual tem uma importância no resultado da avaliação da qualidade de vida, apesar de não ter significado estatístico ( $p = 0,053$ ) (Figura 3).

**Figura 3** - Comparação entre os domínios avaliados do Whoqol-bref e satisfação com a vida sexual



Fonte: De autoria própria.

## **5 DISCUSSÃO**

---

## 5 DISCUSSÃO

Lesão medular, seja ela de origem traumática ou não, representa um evento dramático que leva a limitações importantes, não apenas físicas, mas em todo contexto biopsicossociocultural da vida das pessoas afetadas. Muitos desses aspectos estão relacionados a limitações na função sexual e podem ter grande relevância na qualidade de vida destes indivíduos.

O conhecimento atual do comportamento sexual das mulheres continua sendo insuficiente ainda mais quando consideramos as portadoras de doenças crônicas, entre elas, as decorrentes de lesão medular<sup>13,37</sup>. Pesquisas abordando aspectos da sexualidade vêm chamando atenção e o número de publicações a respeito vem aumentando, o que demonstra a importância desse aspecto da vida, porém poucas abordam mulheres com LT e LNT como um único grupo. As consequências derivadas dos problemas medulares, sejam de origem traumática ou não, são semelhantes, assim como, os fatores que atuam de forma direta ou indiretamente na função sexual<sup>13</sup>. Questões relacionadas à sexualidade são complexas e envolvem não apenas questões fisiológicas, mas também de relacionamento e culturais. Mulheres com lesão medular, muitas vezes, precisam superar não apenas a questão de limitação física, mas dificuldades no relacionamento com o(a) parceiro(a) que pode se deteriorar com o advento da lesão e de uma educação sexual, muitas vezes, deficiente<sup>21,22,25</sup>. Uma dificuldade encontrada para realizar uma avaliação dessa população é a falta de instrumentos específicos e validados<sup>44,45</sup>, e os que estão disponíveis abordarem os aspectos envolvidos de forma mais objetiva do que qualitativa<sup>9</sup>. Além das questões sexuais, outras, como as urinárias, fecais, psíquicas e relacionadas à qualidade de vida, também estão associadas à lesão medular, afetando de forma negativa<sup>50,51</sup>, independente de sua causa<sup>46-49</sup>.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), sexualidade é considerada como “um aspecto fundamental na qualidade de vida de qualquer ser humano”, sendo a saúde sexual “uma condição necessária para o bem-estar físico, psíquico e sociocultural”, fazendo parte, portanto, de um dos pilares na avaliação da qualidade de vida global. Sendo assim, a história sexual e os aspectos da sexualidade de mulheres com lesão medular deveriam fazer parte da rotina do atendimento multidisciplinar dessas pacientes, porém acabam sendo negligenciados, algumas vezes, por insegurança e, outras, pela falta de conhecimento do assunto por parte dos profissionais envolvidos<sup>16,45,52</sup>. Um estudo realizado por Scheepe et al., na Holanda, com o objetivo de avaliar a disfunção sexual em mulheres com esclerose múltipla avaliou também os médicos responsáveis por estas pacientes questionando se eles costumavam abordar questões

de sexualidade com suas pacientes. Dos médicos que responderam à pesquisa, 39% nunca perguntavam a respeito da sexualidade de suas pacientes. A maioria referiu não ter conhecimento suficiente ou não consideravam o assunto relevante<sup>10</sup>.

Considerando a natureza do nosso estudo que tem o enfoque na função sexual, incluímos apenas mulheres acima de 18 anos, idade mínima de corte que tem sido utilizada universalmente para esse tipo de estudo. O único fator de exclusão foi a existência de déficits cognitivos que poderiam limitar o entendimento sobre a questão, e a capacidade de leitura e compreensão para responder aos instrumentos propostos. A impressão geral sobre habilidade para processar informações e coerência nas respostas durante a entrevista foi suficiente para avaliar as pacientes quanto à cognição. Para avaliação da função sexual, utilizamos 2 questionários distintos devido a não existir um único instrumento que abordasse essa questão na população portadora lesão medular traumática e não traumática ao mesmo tempo. Optamos pelo uso do FSFI que tem sido o mais utilizado para pesquisas em todo o mundo. Apesar de ter sido desenvolvido para população em geral, tem sido utilizado em várias populações com problemas distintos<sup>53</sup>. O outro questionário foi o QSF, instrumento construído no Brasil em Língua Portuguesa e que está sendo usado pela primeira vez com a essa população.

A idade mediana das mulheres com LT incluídas no estudo foi de 40 anos, semelhante à mediana do grupo com LNT, que foi de 43 anos. Das 98 mulheres avaliadas, 42 eram casadas ou estavam em relacionamento de união estável, apresentam um bom nível de escolaridade, sendo 34 delas com ensino técnico, superior ou pós-graduação. Apesar de boa escolaridade, boa parte encontrava-se aposentada ou sem atividade remunerada com renda familiar entre 1 e 5 salários-mínimos. No grupo avaliado, tivemos um predomínio de mulheres com LNT sobre as de LT, sendo esclerose múltipla o principal motivo das LNT. Este dado está de acordo com as estatísticas publicadas que mostram que mulheres são menos acometidas de lesão medular traumática quando comparadas com os homens. A prevalência é em torno de 5 homens para cada mulher<sup>3,4,52,54</sup>. Por outro lado, as lesões não traumáticas apresentam uma prevalência de mulheres sobre os homens. Esta estatística demonstra que, numa amostragem aleatória de mulheres com lesão medular, a possibilidade de mulheres com LNT tende a ser maior do que as com LT. Na nossa amostra, mais de 50% dessas mulheres tinham mais de 5 anos de diagnóstico ou da data do trauma. Dentre as mulheres, 26 (30,6%) apresentavam necessidade de algum tipo de auxílio para deambular (bengalas, muletas ou andadores) e 21 (24,7%) eram cadeirantes. Como o grupo é heterogêneo em relação à causa e ao tempo de lesão medular, a necessidade de auxílio para locomoção foi a condição considerada como diferenciador do grau de acometimento neurológico dessas pacientes, o que, para este estudo, foi o suficiente. Ao

contrário dos homens que dependendo do nível de lesão têm a capacidade de ereção comprometida interferindo significativamente na atividade sexual desses<sup>55</sup>, as mulheres, em geral, não apresentam um comprometimento tão impactante já que conseguem manter a capacidade de realizar sexo com penetração<sup>18,22,24</sup>, muitas vezes, manter lubrificação e conseguir atingir o orgasmo<sup>11,25</sup> mesmo quando apresentam lesões altas e completas. Apesar dessa capacidade constatada, alterações em vários aspectos abrangendo a resposta sexual ainda é pouco conhecida na população com lesão medular<sup>2,24,31,32,37,56-58</sup>. Outro aspecto importante em relação às mulheres, especificamente, é o fato de já terem passado ou não pela menopausa, o que é um fator independente, mas muito significativo. No nosso estudo, 6 (12,5%) das mulheres ativas e 22 (44,0%) das inativas já tinham passado por esse marco.

A avaliação comparativa dos aspectos relacionados à sexualidade antes e após a lesão medular demonstrou um grande impacto sobre a função sexual caracterizado pela significativa redução do número de mulheres casadas, que reforça a questão da necessidade de superação de barreiras que surgem nos relacionamentos, decorrentes da lesão<sup>11,25</sup>. Dentre as sexualmente ativas, houve uma diminuição significativa da frequência de relações, de percepção da lubrificação e da capacidade de atingir orgasmo. Na avaliação espontânea do grau de satisfação destas mulheres com a vida sexual antes e depois da lesão, houve uma piora significativa ( $p < 0.0001$ ).

É importante ressaltar que uma avaliação retrospectiva da condição sexual antes e após a LT ou LNT deve ser avaliada com ressalvas. Na maioria dos casos, a avaliação foi realizada com mais de 5 anos de lesão ou diagnóstico tornando-a altamente susceptível a imprecisões relacionadas à memória da mulher, e a aspectos psicológicos e de imagem corporal.

A prevalência de inatividade e de disfunção sexual entre a mulheres com LT e LNT encontrada na literatura é elevada e bem variada<sup>10,30,59-62</sup>, tendo sido reportado algo entre 32% e 84%. Nossa amostra mostrou uma alta prevalência de disfunção entre mulheres sexualmente ativas (58,3%) e sendo que pouco mais da metade das mulheres avaliadas (51%) eram inativas. Entre as sexualmente ativas, a frequência de relações, percepção de lubrificação e capacidade de atingir orgasmo foram bem inferiores às referidas antes da lesão. Relação com penetração vaginal foi a modalidade praticada mais afetada. Antes da lesão, cerca de 80% das mulheres praticavam sexo com penetração vaginal, passando a pouco menos da metade após a lesão. A frequência de sexo com penetração já foi demonstrada como uma modalidade que diminui após a lesão medular<sup>63</sup>. As demais formas de se relacionar praticamente se mantiveram nas proporções de antes da lesão. Condições crônicas que levam à perda de função motora e sensorial súbitas, como no trauma ou em doenças progressivas, afetam negativamente a função

sexual levando a mudanças no comportamento sexual direta ou indiretamente<sup>13,25</sup>. O processo de reabilitação tem sido apontado como fator importante para desmistificar a ideia de que uma pessoa com lesão medular é como uma criança, de certa forma, assexuada<sup>25,43,63</sup> e o tempo adequado para que o assunto seja abordado está em torno de 6 meses ou mais após o trauma ou diagnóstico<sup>64</sup>.

Avaliando os aspectos da vida sexual por meio de instrumentos como o FSFI, a maioria das mulheres (73,5%) apresentava dificuldade no aspecto do desejo, domínio da função sexual mais comumente afetado<sup>10,18</sup>. Interesse e desejo em participar de uma atividade sexual é um aspecto relevante e, em geral, o ponto de partida de toda resposta sexual. Desejo é um componente não apenas biológico, neuroendócrino, mas marcadamente emocional na mulher, respondendo a estímulos sensoriais endógenos e exógenos<sup>26</sup>. Sendo assim, é um aspecto sujeito a fatores tanto circunstanciais quanto físicos, levantando uma dúvida se, nas mulheres sexualmente inativas, a baixa performance neste domínio se deve mais a fatores circunstanciais ou a fatores físicos; de qualquer forma, é um fator determinante para uma vida sexual ativa. Observamos, na nossa população, que mulheres inativas sexualmente apresentaram o aspecto “desejo” cerca de duas vezes mais baixo do que as mulheres ativas e sem disfunção sexual. Quando avaliamos o grupo todo, a maioria das mulheres tanto ativas como não ativas apresentaram escores mais baixos na avaliação deste item<sup>28</sup>. Mesmo no grupo de mulheres sem disfunção sexual, a mediana encontrada (4,5) foi abaixo do ponto de corte (<5) considerado desejo sexual diminuído, porém consistente com o encontrado por Gumus et al. (2014) e Celik et al. (2014)<sup>65,66</sup>. Entendendo o desejo como o fator que, na maioria das vezes, é o que inicia todo o processo do ciclo sexual; é de se esperar que uma população que tenha uma pontuação ruim neste quesito possa ter problemas com o que deveria vir a seguir, ou seja, com o processo de excitação e orgasmo que foram os domínios da função sexual com maior prejuízo nas mulheres do nosso grupo.

Ainda na avaliação dos resultados do FSFI, observamos que fatores relacionados com desejo, excitação e orgasmo são os parâmetros que mais contribuíram para função sexual deficiente e menor satisfação com a atividade sexual confirmando o que encontramos na literatura para mulheres portadoras de qualquer condição crônica seja medular ou não<sup>13,60,67</sup>. Precisamos sempre lembrar que esses fatores são correlacionados. Uma atividade sexual saudável se inicia a partir de diferentes estímulos relacionados com desejo ou interesse que levam à excitação e que, se mantido o estímulo, pode levar ou não ao orgasmo que, por sua vez, é algo subjetivo e complexo, talvez uma das questões de maior complexidade no campo da sexualidade humana<sup>21,23,49,54,62,68,69</sup>. Orgasmo, apesar de não ser imprescindível para que a

relação ocorrida seja considerada satisfatória, é importante<sup>70</sup>. Observamos isso nos resultados que mostram uma mediana de 5,4 para orgasmo e 5,6 para satisfação com a vida sexual para mulheres sem disfunção sexual e para mulheres com disfunção, medianas de 2,2 e 3,4, respectivamente. Quando comparados os dois grupos, observamos uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Mulheres com lesão medular podem ter cada um dos domínios afetados em maior ou menor grau<sup>51</sup>. Nosso estudo mostrou que os principais domínios afetados negativamente foram novamente: desejo, excitação e orgasmo.

Quando observamos os resultados encontrados na avaliação do QSF, desejo e interesse são, novamente, os quesitos mais afetados. Entretanto, é curioso observar que os achados do QSF não foram semelhantes aos do FSFI quanto à identificação de mulheres com alta probabilidade de disfunção sexual. Considerando os dois instrumentos, observamos uma ampla variabilidade que é compatível com a variedade de resultados observados na literatura quando consideramos disfunção sexual na população em geral<sup>60</sup>. O fato de o QSF ter sido desenvolvido com objetivo primário de avaliar a mulher brasileira pode ser um dos motivos dessa diferença já que a linguagem utilizada no questionário original está totalmente de acordo com a cultura local.

Outros aspectos que têm sido frequentemente identificados como fatores importantes para manutenção de atividade sexual são: continência urinária e fecal. Diversos estudos relacionaram incontinência urinária e/ou fecal com disfunção sexual<sup>20,54,71,72</sup>. Em nosso estudo, a chance de uma mulher incontinente ser sexualmente ativa foi significativamente menor do que uma mulher continente (OR 0,12 [IC95% 0,0 – 0,3,  $p < 0,001$ ]). Este dado chama atenção para a necessidade de valorizarmos a queixa dessas mulheres e otimizarmos o tratamento das disfunções miccionais e fecais neste grupo de pacientes.

Na análise de variáveis independentes associadas a uma maior probabilidade de vida sexual ativa, encontramos que ser mais jovem, estarem casadas, não terem passado pela menopausa, serem continentas e não serem cadeirantes são fatores que contribuíram positivamente para atividade sexual, e melhor função e satisfação sexual. Mulheres mais jovens e casadas são as mais ativas sexualmente<sup>29,50,61</sup> (OR 0,9 [IC95% 0,9 – 1,0,  $p = 0,001$ ] e OR 13,8 [IC95% 4,2 – 45,4,  $P < 0,001$ ]), respectivamente). Relacionamento estável coopera para superação de barreiras físicas e emocionais, e mostra, muitas vezes, que intimidade e não necessariamente uma resposta fisiológica é mais importante para manutenção de atividade e preditivo para satisfação com a vida sexual<sup>11</sup>. Entre as mulheres sexualmente ativas, 29 (60,4%) referiram estarem satisfeitas com a vida sexual e 19 (39,6%) referiram estarem insatisfeitas. A princípio, parece que uma mulher sexualmente satisfeita também deveria se apresentar com

uma boa função sexual, porém isso nem sempre acontece. No nosso grupo, observamos que 10 (35,5%) das mulheres ativas e satisfeitas também apresentaram uma avaliação de FSFI compatível com disfunção sexual.

Para avaliação da qualidade de vida, não dispomos de uma escala específica para essa população, sendo assim, optamos por utilizar o Whoqol-bref, que abrange questões de percepção pessoal de qualidade de vida, além dos aspectos físico, psicológico, de relacionamento e meio ambiente, que podem ser avaliados por perguntas correspondentes por meio de facetas específicas, domínios ou resultado global<sup>19,43,45</sup>. Este instrumento já foi utilizado na avaliação de qualidade de vida de indivíduos com lesão medular por ser considerado conhecido e confiável. O questionário apresenta uma pergunta específica sobre satisfação com a vida sexual independente de atividade sexual, reforçando a importância deste aspecto quando avaliamos qualidade de vida em geral, além de contribuir para o nosso objetivo. Percebe-se que uma melhor função sexual, em geral, é acompanhada de melhores escores em outros domínios da vida. Schairer et al. (2014), em um estudo com mais de 6.000 indivíduos portadores de esclerose múltipla, concluíram que disfunção sexual tem grande impacto na saúde mental, muitas vezes, maior do que a severidade da incapacidade, mas que, não necessariamente, esteja associada à pior qualidade de vida. Entretanto, sugere que, de alguma forma, esta seja também afetada apesar de nem sempre ser estatisticamente significativa.

Mesmo sem atividade ou apresentando dificuldades de diversas formas, mulheres podem estar satisfeitas com sua sexualidade e vida sexual, porém percebemos que numa proporção bem menor do que as com atividade sem dificuldades. Mulheres com disfunção sexual e inativas sexualmente apresentaram resultados piores de satisfação não apenas de vida sexual como também de qualidade de vida em geral. Este fato contribui para afirmação de que vida sexual sem disfunção está associada a uma maior satisfação com vida em geral, apesar do impacto nem sempre ser significativo<sup>73</sup>.

Nosso estudo apresenta limitações, como o fato de nossa amostra ter sido composta por uma proporção muito maior de mulheres com lesão não traumática do que traumática. Além disso, por se tratar de estudo transversal, aspectos evolutivos temporais podem ser equivocadamente interpretados. Para análises de fatores sujeitos a mudanças temporais, os estudos de coortes prospectivos são mais apropriados. A pandemia da Covid-19 acabou sendo um fator limitante já que interrompeu, por um longo período, a coleta de dados e, mesmo com o retorno das atividades, poucas pacientes se apresentaram para as consultas regulares.

Outra limitação decorre do fato da quantidade de questionários propostos, levando a um cansaço das participantes; além disso, o fato da maioria das informações advirem quase



exclusivamente de questionários validados, o que pode ser influenciado pela subjetividade das respostas e pela limitação de opções. Mais que uma limitação deste trabalho, esta é uma limitação universal deste tipo de estudo, que pode explicar discrepâncias ocasionais dos achados. Nesse sentido, nosso projeto de pesquisa prevê o desenvolvimento de um questionário qualitativo que possa complementar os instrumentos quantitativos e, assim, fornecer informações mais específicas das dificuldades e necessidades destas mulheres.

Também foi um fator limitante o fato de não termos avaliado alguns conceitos referentes à vida sexual, além de diferenças relacionadas com o nível de informação e educação sexual das mulheres. Muitas, por exemplo, não consideram masturbação como atividade sexual e acreditam que uma relação sexual se dá apenas por meio de penetração vaginal. Assim, algumas respostas acabaram sendo conflitantes no sentido de uma mulher se masturbar, perceber lubrificação, ter orgasmo e, mesmo assim, não se considerar sexualmente ativa. Também não enfatizamos as alternativas de vida sexual que devem ser valorizadas como beijar, abraçar, manipular a área genital e outras áreas do corpo relacionadas ao prazer físico.

No presente estudo, optamos por não incluir aspectos relacionados ao nível da lesão e grau de acometimento devido à heterogeneidade das causas de LM. Estudos mostram que, mesmo com lesões medulares completas, o “caminho” da resposta sexual pode permanecer por meio de vias alternativas como o nervo vago, e o impacto da lesão na função sexual pode depender do grau de acometimento e nível da lesão<sup>1,24</sup>. Estas informações serão imprescindíveis em um estudo qualitativo.

A paciente índice em nosso estudo é uma mulher de, aproximadamente, 40 anos, casada, portadora de esclerose múltipla e com mais de 5 anos de evolução da doença. Bom nível escolar, pelo menos ensino médio completo, porém aposentada e com baixa renda familiar. Não apresenta necessidade de apoios como bengalas ou andadores para se locomover. Sexualmente ativa mesmo após o diagnóstico, apesar de ter diminuído a frequência de relações sexuais por mês. Relata que falta interesse e desejo, dificuldade para conseguir se excitar e atingir orgasmo, apresentando fatores determinantes para disfunção sexual. Na maioria das vezes, a atividade sexual se dá por meio de sexo com penetração vaginal. Apresenta micção espontânea e é continente do ponto de vista urinário e fecal. Encontra-se insatisfeita com sua vida sexual, mas considera que a qualidade de sua vida em geral não é ruim.

Muitas mulheres parecem estarem conformadas com sua vida sexual e não apresentam ambição em entender e superar as dificuldades, outras parecem preferir ignorar. Educação sexual para essa população é necessária. Profissionais de Saúde precisam quebrar barreiras e melhorar a abordagem destas pacientes apresentando informações de qualidade relacionadas à

sexualidade. Temos a expectativa de que esta pesquisa possa contribuir para a mudança de mentalidade a respeito da abordagem destas pacientes. Sabemos que um melhor conhecimento sobre vida sexual dessas mulheres contribuirá para minimizar o custo pessoal, familiar e social do problema. A Urologia contribui decisivamente para a redução da mortalidade (causas urológicas ainda entre as mais frequentes) e para melhora da qualidade de vida em relação ao controle urinário<sup>30,71</sup>. É necessário agora intensificar a abordagem visando a uma melhora da vida sexual. Estudos multicêntricos, mais robustos do ponto de vista metodológico, poderão identificar e definir com mais precisão os vários aspectos qualitativos relevantes da sexualidade de pacientes com lesão medular seja ela traumática ou não, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

## **6 CONCLUSÕES**

---

## 6 CONCLUSÕES

As conclusões deste estudo são:

1. A prevalência de disfunção sexual em mulheres com LT ou LNT é elevada e o predomínio dos problemas relacionados ao desejo, à excitação e ao orgasmo;
2. Grande parte das mulheres com lesão medular é sexualmente inativa;
3. Entre as mulheres sexualmente ativas, a taxa de satisfação com a vida sexual é elevada;
4. Foram considerados preditores de vida sexual ativa e satisfação com a vida sexual: idade, ser casada, não ter passado pela menopausa, continência urinária, não ser cadeirante e maior expressão do “desejo”;
5. Disfunção sexual está relacionada diretamente com insatisfação com a vida sexual.

## **REFERÊNCIAS**

---

**REFERÊNCIAS**

1. Benevento BT, Sipski ML. Neurogenic bladder, neurogenic bowel, and sexual dysfunction in people with spinal cord injury. *Phys Ther.* 2002;82(6):601-12.
2. Charlifue SW, Gerhart KA, Menter RR, Whiteneck GG, Scott Manley M. Sexual issues of women with spinal cord injuries. *Paraplegia.* 1992;30(3):192-9.
3. de Campos MF, Ribeiro AT, Listik S, Pereira CA de B, de Andrade Sobrinho J, Rapoport A. Epidemiology of spine injuries. *Rev Col Bras Cir.* 2008;35(2):88-93.
4. Bellucci CHS, de Castro Filho JE, Gomes CM, de Bessa J, Battistella LR, Rubio De Souza D, Scazufca M, Bruschini H, Srougi M, Barros Filho TE. Contemporary trends in the epidemiology of traumatic spinal cord injury: changes in age and etiology. *Neuroepidemiology.* 2015;44(2):85-90.
5. Governo Federal. Viver sem limite - Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR/SNPD), 2013. 68 p. Disponível em: [https://www.prattein.com.br/home/images/stories/230813/Direitos\\_Pessoa\\_com\\_Deficiencia/Plano\\_nacional\\_viver\\_sem\\_limites.pdf](https://www.prattein.com.br/home/images/stories/230813/Direitos_Pessoa_com_Deficiencia/Plano_nacional_viver_sem_limites.pdf).
6. Kang Y, Ding H, Zhou H, Wei Z, Liu L, Pan D, Feng SQ. Epidemiology of worldwide spinal cord injury: a literature review. *J Neurorestoratol.* 2017;6:1-9.
7. Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2009;31(3 suppl):1-12.
8. Tepper MS. Sexuality and disability: the missing discourse of pleasure. *Sex Disabil.* 2000;18(4):283-90.
9. Baird AD, Wilson SJ, Bladin PF, Saling MM, Reutens DC. Neurological control of human sexual behaviour: Insights from lesion studies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2007;78(10):1042-9.
10. Scheepe JR, Alamyar M, Pastoor H, Hintzen RQ, Blok BFM. Female sexual dysfunction in multiple sclerosis: results of a survey among dutch urologists and patients. *Neurourol Urodyn.* 2017 Jan;36(1):116-20.
11. Kreuter M, Siösteen A, Biering-Sørensen F. Sexuality and sexual life in women with spinal cord injury: a controlled study. *J Rehabil Med.* 2008;40(1):61-9.
12. van der Meer P, Post MWM, van Leeuwen CMC, van Kuppevelt HJM, Smit CAJ, van Asbeck FWA. Impact of health problems secondary to SCI one and five years after first inpatient rehabilitation. *Spinal Cord.* 2017;55(1):98-104.
13. Basson R, Rees P, Wang R, Montejo AL, Incrocci L. Sexual function in chronic illness. *J Sexual Med.* 2010;7(1 PART 2):374-88.

14. Post MWM, de Witte LP, van Asbeck FWA, van Dijk AJ, Schrijvers AJP. Predictors of health status and life satisfaction in spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 1998 Apr;79(4):395-401.
15. New PW, Currie KE. Development of a comprehensive survey of sexuality issues including a self-report version of the International Spinal Cord Injury sexual function basic data sets. *Spinal Cord.* 2016;54(8):584-91.
16. New PW, Seddon M, Redpath C, Currie KE, Warren N. Recommendations for spinal rehabilitation professionals regarding sexual education needs and preferences of people with spinal cord dysfunction: a mixed-methods study. *Spinal Cord [Internet].* 2016;54(12):1203-9.
17. Schairer LC, Foley FW, Zemon V, Tyry T, Campagnolo D, Marrie RA, Gromisch ES, Schairer D. The impact of sexual dysfunction on health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *Mult Scler.* 2014 Apr;20(5):610-6.
18. Merghati-Khoei E, Emami-Razavi SH, Bakhtiyari M, Lamyian M, Hajmirzaei S, Ton-Tab Haghighi S, Korte JE, Maasoumi R. Spinal cord injury and women's sexual life: case-control study. *Spinal Cord.* 2017 Mar;55(3):269-73.
19. Tzanos IA, Mavrogenis A, Gioti K, Papagelopoulos P, Panagiotopoulos E. Depressive mood in individuals with spinal cord injury (SCI) living in Greece. *Spinal Cord.* 2018;56(9):883-9.
20. Perrouin-Verbe B, Courtois F, Charvier K, Giuliano F. Sexualité de la patiente neurologique. *Progres en Urologie.* 2013;23(9):594-600.
21. Hou S, Rabchevsky AG. Autonomic consequences of spinal cord injury. *Compr Physiol.* 2014;4(4):1419-53.
22. Cramp JD, Courtois FJ, Ditor DS. Sexuality for Women with Spinal Cord Injury. *J Sex Marital Ther.* 2015;41(3):238-53.
23. de Sèze M, Gamé X, Alexander MS, Marson L, Miranda EP, Gomes CM, et al. Orgasm and SCI: What do we know? *Spinal Cord.* 2015;12(4):538-47.
24. Whipple B, Komisaruk BR. Sexuality and women with complete spinal cord injury. *Spinal Cord.* 1997;35(3):136-8.
25. Hess MJ, Hough S. Impact of spinal cord injury on sexuality: Broad-based clinical practice intervention and practical application. *J Spinal Cord Med.* 2012;35(4):211-8.
26. Cour F, Droupy S, Faix A, Methorst C, Giuliano F. Anatomie et physiologie de la sexualité. *Progres en Urologie.* 2013;23(9):547-61.
27. Biering-Sørensen I, Hansen RB, Biering-Sørensen F. Sexual function in a traumatic spinal cord injured population 10-45 years after injury. *J Rehabil Med.* 2012;44(11):926-31.

28. Sramkova T, Skrivanova K, Dolan I, Zamecnik L, Sramkova K, Kriz J, Muzik V, Fajtova R. Women's Sex Life After Spinal Cord Injury. *Sex Med.* 2017 Dec;5(4):e255-e259.
29. Otero-Villaverde S, Ferreiro-Velasco ME, Montoto-Marqués A, Salvador De La Barrera S, Arias-Pardo AI, Rodriguez-Sotillo A. Sexual satisfaction in women with spinal cord injuries. *Spinal Cord.* 2015;53(7):557-60.
30. Motta GL, Bujons A, Quiróz Y, Llorens E, Zancan M, Rosito TE. Sexuality of female spina bifida patients: predictors of a satisfactory sexual function. *Rev Bras Ginecol Obstetr.* 2021 Jun 1;43(6):467-73.
31. Abdo CHN. Estudo da vida sexual do brasileiro. 1ª ed. São Paulo: Bregantini; 2004. 202p.
32. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000 Apr-Jun;26(2):191-208.
33. Pacagnella, Rodolfo de Carvalho; Vieira, Elisabeth Meloni ; Junior OMR, Souza C de. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index Cross-cultural adaptation of the Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(2):416-26.
34. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005 Jan-Feb;31(1):1-20.
35. Meston CM, Freihart BK, Handy AB, Kilimnik CD, Rosen RC. Scoring and interpretation of the FSFI: what can be learned from 20 years of use? *J Sexual Med.* 2020;17(1):17-25.
36. Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual-versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher/Development and validation of female sexual quotient - a questionnaire to assess female sexual function. *Rev Bras Med.* 2006 Sep;63(9):477-82.
37. Helena C, Abdo N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn Tratamento.* 2009;14(2):89-1.
38. Welk B, Lenherr S, Elliott S, Stoffel J, Gomes CM, de Bessa J, Cintra LKL, Myers JB; Neurogenic Bladder Research Group. The creation and validation of a short form of the Neurogenic Bladder Symptom Score. *Neurourol Urodyn.* 2020 Apr;39(4):1162-1169.
39. Krogh K, Christensen P, Sabroe S, Laurberg S. Neurogenic bowel dysfunction score. *Spinal Cord.* 2006;44(10):625-31.
40. Erdem D, Hava D, Keskinoglu P, Bircan, Peker, Krogh K, Gülbahar S. Reliability, validity and sensitivity to change of neurogenic bowel dysfunction score in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord.* 2017 Dec;55(12):1084-7.
41. Krogh K, Christensen P, Sabroe S, Laurberg S. Neurogenic bowel dysfunction score. *Spinal Cord.* 2006 Oct;44(10):625-31.



42. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref” Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref [Internet]. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):177-83.
43. Hatzichristou D, Kirana PS, Banner L, Althof SE, Lonnee-Hoffmann RAM, Dennerstein L, Rosen RC. Diagnosing sexual dysfunction in men and women: sexual history taking and the role of symptom scales and questionnaires. *J Sex Med*. 2016 Aug;13(8):1166-82.
44. Aquarone RL, Faro ACM. Scales on Quality of Life in patients with spinal cord injury: integrative review. *Einstein*. 2014;12(2):245-50.
45. Merghati-Khoei E, Qaderi K, Amini L, Korte JE. Sexual problems among women with multiple sclerosis. *J Neurol Sci*. 2013;331(1-2):81-5.
46. de Sèze M, Gamé X. Sclérose en plaques et pelvipérinéologie: Troubles vésico-sphinctériens, sexuels et maternité. *Progres en Urologie*. 2014;24(8):483-94.
47. Anderson KD, Borisoff JF, Johnson RD, Stiens SA, Elliott SL. Spinal cord injury influences psychogenic as well as physical components of female sexual ability. *Spinal Cord*. 2007;45(5):349-59.
48. Groen J, Pannek J, Castro Diaz D, del Popolo G, Gross T, Hamid R, Karsenty G, Kessler TM, Schneider M, 't Hoen L, Blok B. Summary of European Association of Urology (EAU) Guidelines on Neuro-Urology. *Eur Urol*. 2016 Feb;69(2):324-33.
49. Sale P, Mazzarella F, Pagliacci MC, Agosti M, Felzani G, Franceschini M. Predictors of changes in sentimental and sexual life after traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93(11):1944-9.
50. Colombel JC. Aspects psychologiques de la sexualité des femmes ayant une lésion médullaire. *Progres en Urologie*. 2012;22(11):622-7.
51. Westgren N, Hultling C, Levi R, Seiger Å, Westgren M. Sexuality in women with traumatic spinal cord injury. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997;(76):977-83.
52. Gerstenberger EP, Rosen RC, Brewer JV, Meston CM, Brotto LA, Wiegel M, Sand M. Sexual desire and the female sexual function index (FSFI): a sexual desire cutpoint for clinical interpretation of the FSFI in women with and without hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med*. 2010 Sep;7(9):3096-103.
53. Lee JS, Kim SW, Jee SH, Kim JC, Choi JB, Cho SY, Kim JH; Korea Spinal Cord Injury Association. Factors affecting quality of life among spinal cord injury patients in Korea. *Int Neurourol J*. 2016 Dec;20(4):316-20.
54. Miranda EP, Gomes CM, de Bessa J Jr, Najjar Abdo CH, Suzuki Bellucci CH, de Castro Filho JE, de Carvalho FL, de Souza DR, Battistella LR, Scazufca M, Bruschini H, Barros Filho T, Srougi M. Evaluation of sexual dysfunction in men with spinal cord injury using the male sexual quotient. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016 Jun;97(6):947-52.

55. Sipski ML, Alexander CJ. Sexual activities, response and satisfaction in women pre- and post-spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 1993 Oct;74(10):1025-9.
56. Courtois F, Gérard M, Charvier K, Vodusek DB, Amarenco G. Assessment of sexual function in women with neurological disorders: a review. *Ann Phys Rehabil Med.* 2018;61(4):235-44.
57. Wolpe RE, Zomkowski K, Silva FP, Queiroz APA, Sperandio FF. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017 Apr;211:26-32.
58. Lew-Starowicz M, Gianotten WL. Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. *Handb Clin Neurol.* 2015;130:357-70.
59. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, Lee SW, Segraves RT. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016 Feb;13(2):144-52.
60. Moreno-Lozano M, Durán-Ortíz S, Pérez-Zavala R, Quinzaños-Fresnedo J. Sociodemographic factors associated with sexual dysfunction in Mexican women with spinal cord injury. *Spinal Cord.* 2016;54(9):746-9.
61. Dehghan-Nayeri N, Khakbazan Z, Ghafoori F, Nabavi SM. Sexual dysfunction levels in Iranian women suffering from multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord.* 2017 Feb;12:49-53.
62. Aisen ML. Neurological rehabilitation: sexuality and reproductive health. *Handb Clin Neurol.* 2013;110:229-37.
63. Fisher TL, Laud PW, Byfield MG, Brown TT, Hayat MJ, Fiedler IG. Sexual health after spinal cord injury: a longitudinal study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002 Aug;83(8):1043-51.
64. Celik EC, Akman Y, Kose P, Arioglu P, Karatas M, Erhan B. Sexual problems of women with spinal cord injury in Turkey. *Spinal Cord.* 2014 Apr;52(4):313-5.
65. Gumus H, Akpınar Z, Yilmaz H. Effects of multiple sclerosis on female sexuality: a controlled study. *J Sex Med.* 2014;11(2):481-6.
66. McCabe MP, Taleporos G, Dip G, Psych E. Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability. *Arch Sex Behav.* 2003 Aug;32(4):359-69.
67. Orasanu B, Frasura H, Wyman A, Mahajan ST. Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord.* 2013 Apr;2(2):117-23.
68. Alexander M, Marson L. Orgasm and SCI: what do we know? *Spinal Cord.* 2018 Jun;56(6):538-547.
69. Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther.* 2001 Jan-Feb;27(1):33-43.

70. Elmelund M, Klarskov N, Biering-Sørensen F. Prevalence of urinary incontinence in women with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2018;56(12):1124-33.
71. Adriaansen JJE, van Asbeck FWA, Tepper M, Faber WX, Visser-Meily JMA, de Kort LMO, Post MW. Bladder-emptying methods, neurogenic lower urinary tract dysfunction and impact on quality of life in people with long-term spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*. 2017 Jan;40(1):43-53.
72. Reitz A, Tobe V, Knapp PA, Schurch B. Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life. *Int J Impot Res*. 2004 Apr;16(2):167-74.



## ANEXOS

### ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido

#### HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO- HCFMUSP TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

##### DADOS DA PESQUISA

Título da pesquisa – Epidemiologia da Disfunção Sexual em Mulheres com Lesão Medular

Pesquisador principal – Cristiano Mendes Gomes

Departamento/Instituto – Departamento de Cirurgia da FMUSP

Convidamos a Sra/Srta a participar desse estudo que irá avaliar a vida sexual de mulheres com problemas na medula espinhal.

Como foi explicado a você pela equipe de saúde, as doenças e lesões medulares podem ocasionar vários problemas neurológicos que podem levar a alterações no funcionamento do seu organismo, como diminuição da sensibilidade e da força em partes do corpo ou espasticidade dos músculos. Além destas alterações, problemas no controle urinário ou no funcionamento do intestino também são comuns. A função sexual também pode ser afetada pelas doenças que acometem a medula espinhal, o que pode prejudicar bastante a qualidade de vida das mulheres e sua saúde mental. Muitas mulheres podem apresentar dificuldades na vida sexual mesmo sem ter qualquer tipo de problema de saúde e os estudos demonstraram que estas dificuldades são ainda mais frequentes na presença de doenças que afetem a medula espinhal. Como pessoas com vida sexual satisfatória geralmente apresentam melhor qualidade de vida, conhecer melhor o que acontece com a função sexual das mulheres que apresentam problemas na medula pode ajudar a equipe de saúde a compreender melhor o problema e desenvolver alternativas de tratamento para melhorá-lo.

Não há riscos ou possíveis sequelas associadas à sua participação neste estudo. As mulheres que concordarem em participar deverão comparecer ao ambulatório para responder os questionários fornecidos pela equipe médica, o que deverá ser feito em uma visita e deverá durar cerca de 30 minutos. Nenhum exame adicional será solicitado, sendo a avaliação baseada apenas nos questionários de sintomas e qualidade de vida.

O objetivo desse estudo é avaliar a vida sexual das mulheres que apresentam lesão medular e o impacto que essas alterações causam na sua qualidade de vida.

As participantes serão abordadas durante consulta médica agendada rotineiramente nos serviços envolvidos. As entrevistas serão realizadas após o término da consulta com o médico ou entrevistador, em ambiente reservado.

Com este termo garantimos a você:

1. Acesso, em qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à sua participação na pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.

2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a continuidade da assistência.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. Disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa
5. Viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.
6. Estou ciente de que posso ter acesso a qualquer tempo às informações sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa.
7. Estou ciente de que não sou obrigada a participar desse estudo e de que a minha participação ou não no mesmo é uma decisão voluntária. Estou ciente também que estou livre para voltar atrás na minha decisão de autorizar a participação neste estudo em qualquer instante.
8. Estou ciente de que as informações a respeito dos meus sintomas de controle urinário e fecal são mantidas em sigilo e protegidas no arquivo de prontuários do Hospital das Clínicas. A liberação ou publicação de informações que identificam pacientes é proibida.
9. Estou ciente de que terei assistência médica garantida no HCFMUSP por eventuais danos à saúde decorrentes da minha participação neste estudo.
10. Fui informado claramente de que não serão necessários exames complementares e/ou tratamentos de qualquer espécie.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é o Dr Cristiano Mendes Gomes que pode ser encontrado no endereço Divisão de Clínica Urológica do HC-FMUSP – 3081-1091, E- mail: [crismgomes@uol.com.br](mailto:crismgomes@uol.com.br).

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5o andar – tel: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549; e-mail: [cappesq.adm@hc.fm.usp.br](mailto:cappesq.adm@hc.fm.usp.br)

Fui suficientemente informado a respeito do estudo “Epidemiologia da Disfunção Sexual em Mulheres com Lesão Medular”.

Eu discuti as informações acima com o Pesquisador Responsável Dr. Cristiano Mendes Gomes ou pessoa (s) por ele delegada (s) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo um via rubricada pelo pesquisador.

---

Assinatura do participante /representante legal Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

---

Assinatura do responsável pelo estudo Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (OU ETIQUETA INSTITUCIONAL DE IDENTIFICAÇÃO) DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1.NOME: :.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE No : ..... SEXO : M  F

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO ..... No ..... APTO: .....  
BAIRRO: .....

CIDADE ..... CEP:..... TELEFONE: DDD  
(.....) .....

2.RESPONSÁVEL LEGAL.....  
NATUREZA (grau de parentesco,tutor,curador etc.).....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M  F  DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO: ..... No ..... APTO: .....  
BAIRRO: .....CIDADE:.....

CEP: .....  
TELEFONE: DDD (.....).....

## ANEXO B – Questionário do Projeto EDSMLM

Confidential

Page 1

**Questionário do projeto EDSMLM**

Obrigado por estar participando dessa pesquisa.

Responda as questões a seguir. Se tiver alguma dúvida pode perguntar. Estaremos a disposição para tirar dúvidas

1) Registro

---

2) Idade

---

**Questionario aberto**

- |  | Solteira  | Casada, amigada<br>ou união estável | Separada,<br>desquitada ou<br>divorciada               | Viúva                            | Não quero<br>informar             |                                    |
|--|---|-------------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 3) Qual o seu estado civil?                  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                                  | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>             |                                    |
| 4) Você já passou pela menopausa?            |   |                                     | <input type="radio"/> Sim<br><input type="radio"/> Não |                                  |                                   |                                    |
| 5) Escolaridade                              | <input type="radio"/> 1Pré escolar <input type="radio"/> 2Fundamental <input type="radio"/> 3 Ensino médio <input type="radio"/> 4 Tecnico, superior ou mais  |                                     |  |                                  |                                   |                                    |
| 6) Qual a sua situação de trabalho hoje?     | <input type="radio"/> Dona de casa<br><input type="radio"/> Desempregada e não estou procurando emprego<br><input type="radio"/> Desempregada e estou procurando emprego<br><input type="radio"/> Aposentada por invalidez<br><input type="radio"/> Aposentada por tempo de serviço<br><input type="radio"/> Aposentada por idade<br><input type="radio"/> Empregada<br><input type="radio"/> Autônoma<br><input type="radio"/> Não quero informar (ocupacao) |                                     |  |                                  |                                   |                                    |
|  | até meio<br>salário<br>mínimo   | de 1 a 2<br>salários<br>mínimos     | de 2 a 5<br>salários<br>mínimos                        | de 5 a 10<br>salários<br>mínimos | de 10 a 20<br>salários<br>mínimos | acima de 20<br>salários<br>mínimos |
| 7) Qual a renda da sua família?              | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                                  | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>              |
| 8) O que causou o problema na medula?        | <input type="radio"/> Acidente/trauma<br><input type="radio"/> Outros ( esclerose múltipla, mielite, isquemia, hérnia de disco, tumor, etc)   |                                     |  |                                  |                                   |                                    |
| 9) Se foi acidente/trauma, qual foi a causa? | <input type="radio"/> Projétil de arma de fogo ( PAF)<br><input type="radio"/> Queda de altura<br><input type="radio"/> Atropelamento<br><input type="radio"/> Acidente de moto<br><input type="radio"/> Acidente de carro<br><input type="radio"/> Mergulho  |                                     |  |                                  |                                   |                                    |



## Confidential

Page 2

- 
- 10) Qual o motivo da lesão da coluna ( se não foi acidente/trauma)?
- Esclerose múltipla
  - Tumor
  - Isquemia
  - Doenças infecciosas/inflamatórias (mielites, paraparesia espástica tropical, etc)
  - Hérnia de disco
  - Outros
- 
- 11) Quanto tempo tem o seu diagnóstico ou se trauma, quanto tempo de trauma?
- nasci com o problema
  - de 6 meses a 2 anos
  - de 2 anos a 5 anos
  - mais de 5 anos
- 
- 12) Na maior parte do tempo, de que maneira você se locomove?
- Sem necessidade de nenhum tipo de auxílio
  - Preciso de algum tipo de auxílio ou apoio (bengala, muleta, etc)
  - Sou cadeirante
- 
- 13) Quais são os motivos que te fazem querer e/ou ter uma atividade sexual (inclui masturbação e relação com outra pessoa)? Pode marcar mais de uma opção.
- Para ter prazer físico, me sentir bem
  - Porque me sinto atraída pelo meu parceiro(a)
  - Para demonstrar afeto ou amor para meu parceiro(a)
  - Porque se fico excitada preciso "descarregar"
  - Porque fico com medo de perder meu parceiro(a)
  - Por pura obrigação
- 
- 14) Se você não tem atividade sexual atualmente, qual o motivo? (marque todas a opções que se aplicam)
- Não tenho interesse
  - Não tenho parceiro(a)
  - Por causa da minha limitação física
  - Por motivos religiosos
  - Nenhuma delas pois sou ativa sexualmente
- 
- 15) Com qual frequência você se masturba?
- Não me masturbo
  - Pelo menos uma vez por semana
  - Pelo menos uma vez por mês
  - Raramente me masturbo
- 
- 16) Qual dessas opções ao lado você costuma fazer uso durante relação/atividade sexual?
- Lubrificante, oleos.
  - Vibrador
  - Pênis de borracha
  - Não uso nenhum tipo de objeto ou substância
- 
- 17) Nos últimos 6(seis) meses, quando você teve relação sexual, com que frequência ela foi satisfatória (foi bom, gostoso) pra você ?
- Não tive ou tentei ter relação sexual
  - Quase sempre ou sempre
  - A maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
  - Algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)
  - Poucas vezes ( muito menos que a metade das vezes)
  - Quase nunca ou nunca
- 
- 18) Qual era a frequência de relações sexuais e/ou atividade sexual que você tinha antes do problema/lesão da medula? ( considerar até 6 meses antes).
- Não tinha atividade sexual
  - Mais de quatro relações sexuais por mês
  - Entre uma e quatro relações sexuais por mês
  - Menos de uma relação por mês
- 
- 19) Qual a frequência de relações/atividades sexuais atualmente?
- Não tenho atividade sexual
  - Mais de quatro relações sexuais por mês
  - Entre uma e quatro relações sexuais por mês
  - Menos de uma relação sexual por mês

## Confidential

Page 3

- 20) Como era ( antes de ter o problema/lesão da medula) sua lubrificação durante as relações sexuais?
- Sempre presente ( sempre ficava lubrificada)  
 Presente na maioria das vezes ( cerca de 75% das vezes)  
 Cerca de metade das vezes ( cerca de 50% das vezes)  
 Quase nunca, presente em menos da metade das vezes ( menos de 50% das vezes)
- 
- 21) Como é atualmente?
- Sempre presente ( sempre fico lubrificada)  
 Presente na maioria das vezes ( cerca de 75% das vezes)  
 Cerca de metade das vezes ( cerca de 50% das vezes)  
 Quase nunca, presente em menos de metade das vezes( menos de 50% das vezes)
- 
- 22) Antes do problema/lesão da medula, você conseguia ter prazer (orgasmo) durante as relações sexuais?
- Sempre conseguia  
 Consequia na maioria das vezes ( cerca de 75% das vezes)  
 Consequia em metade das vezes ( cerca de 50% das vezes)  
 Raramente conseguia ter orgasmo ( menos de 50% das vezes)  
 Nunca tenho orgasmo
- 
- 23) E atualmente?
- Não tenho tido relações sexuais  
 Sempre consigo chegar ao orgasmo  
 Consigo na maioria das vezes ( cerca de 75% das vezes)  
 Consigo em metade das vezes ( cerca de 50% das vezes)  
 Raramente consigo chegar ao orgasmo ( menos de 50% das vezes)  
 Nunca chego ao orgasmo
- 
- 24) Como era a sua relação sexual ou atividade sexual (como faziam) antes de ter o problema na medula?
- Com penetração vaginal  
 Com penetração anal  
 Sexo oral ( ele fazendo em mim, eu fazendo nele ou os dois)  
 Masturbação (eu sozinha)  
 Masturbação com o parceiro(a) ( eu faço nele(a), ele(a) faz em mim, fazemos um no outro)  
 Não tinha relação sexual.
- 
- 25) Como acontece suas relações sexuais/atividade sexual atualmente? ( marque todas as opções que se aplicam)
- Com penetração vaginal  
 Com penetração anal  
 Sexo oral ( ele(a) fazendo, eu fazendo nele(a) ou os dois)  
 Masturbação ( eu sozinha)  
 Masturbação com o(a) parceiro(a) ( eu faço nele(a), ele(a) faz em mim, fazemos um no outro)  
 Não tenho relações sexuais atualmente
- 
- 26) Considerando uma escala de 0 a 10 onde 0 = muito insatisfeita e 10 = muito satisfeita, marque o valor que representa o grau de satisfação com sua vida sexual antes do problema/lesão da medula?
- 0 Muito insatisfeita                      5 Mais ou menos satisfeita                      10 Muito satisfeita
- =====
- (Place a mark on the scale above)
- 
- 27) Agora marque a nota para representar o grau de satisfação com sua vida sexual atualmente?
- 0 Muito insatisfeita                      5 Mais ou menos satisfeita                      10 Muito satisfeita
- =====
- (Place a mark on the scale above)

ANEXO C – FSFI – *Female Sexual Function Index*

Confidential

Page 1

**FSFI - Female Sexual Function Index**

Responda as seguintes questões considerando as últimas 4 semanas

	5 Quase sempre ou sempre	4 A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)	3 Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	2 Poucas vezes (menos da metade do tempo)	1 Quase nunca ou nunca
Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?	<input type="radio"/> 5 Muito alto <input type="radio"/> 4 Alto <input type="radio"/> 3 Moderado <input type="radio"/> 2 Baixo <input type="radio"/> 1 Muito baixo ou absolutamente nenhum				
<b>Desejo</b>					
(1.2-6)					
Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	<input type="radio"/> 0 Sem atividade sexual <input type="radio"/> 5 Quase sempre ou sempre <input type="radio"/> 4 A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="radio"/> 3 Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="radio"/> 2 Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="radio"/> 1 Quase nunca ou nunca				
Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?	<input type="radio"/> 0 Sem atividade sexual <input type="radio"/> 5 Muito alto <input type="radio"/> 4 Alto <input type="radio"/> 3 Moderado <input type="radio"/> 2 Baixo <input type="radio"/> 1 Muito baixo ou absolutamente nenhum				
Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	<input type="radio"/> 0 Sem atividade sexual <input type="radio"/> 5 Segurança muito alta <input type="radio"/> 4 Segurança alta <input type="radio"/> 3 Segurança moderada <input type="radio"/> 2 Segurança baixa <input type="radio"/> 1 Segurança muito baixa ou Sem segurança				
Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?	<input type="radio"/> 0 Sem atividade sexual <input type="radio"/> 5 Quase sempre ou sempre <input type="radio"/> 4 A maioria das vezes ( mais do que a metade do tempo) <input type="radio"/> 3 Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="radio"/> 2 Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="radio"/> 1 Quase nunca ou nunca				
<b>Excitacao</b>					
(0-6)					

Confidential

Page 2

Nas últimas 4 semanas, com que frequência ( quantas vezes você teve lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") durante a atividade sexual ou ato sexual?	<input type="radio"/> 0 Sem atividade sexual <input type="radio"/> 5 Quase sempre ou sempre <input type="radio"/> 4 A maioria das vezes ( mais do que a metade do tempo) <input type="radio"/> 3 Algumas vezes ( cerca de metade do tempo) <input type="radio"/> 2 Poucas vezes ( menos da metade do tempo) <input type="radio"/> 1 Quase nunca ou nunca
Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a "vagina molhada") durante o ato sexual ou atividades sexuais?	<input type="radio"/> 0 Sem atividade sexual <input type="radio"/> 1 Extremamente difícil ou impossível <input type="radio"/> 2 Muito difícil <input type="radio"/> 3 Difícil <input type="radio"/> 4 Ligeiramente difícil <input type="radio"/> 5 Nada difícil
Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?	<input type="radio"/> 0 Sem atividade sexual <input type="radio"/> 5 Quase sempre ou sempre <input type="radio"/> 4 A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="radio"/> 3 Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="radio"/> 2 Poucas vezes ( menos da metade do tempo) <input type="radio"/> 1 Quase nunca ou nunca
Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal ("vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?	<input type="radio"/> 0 Sem atividade sexual <input type="radio"/> 1 Extremamente difícil ou impossível <input type="radio"/> 2 Muito difícil <input type="radio"/> 3 Difícil <input type="radio"/> 4 Ligeiramente difícil <input type="radio"/> 5 Nada difícil
Lubrificação	(0-6)
Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo ("gozou")?	<input type="radio"/> 0 Sem atividade sexual <input type="radio"/> 5 Quase sempre ou sempre <input type="radio"/> 4 A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) <input type="radio"/> 3 Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="radio"/> 2 Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="radio"/> 1 Quase nunca ou nunca
Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo ("clímax/gozou")?	<input type="radio"/> 0 Sem atividade sexual <input type="radio"/> 1 Extremamente difícil ou impossível <input type="radio"/> 2 Muito difícil <input type="radio"/> 3 Difícil <input type="radio"/> 4 Ligeiramente difícil <input type="radio"/> 5 Nada difícil
Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo ("gozar") durante atividade ou ato sexual?	<input type="radio"/> 0 Sem atividade sexual <input type="radio"/> 5 Muito satisfeita <input type="radio"/> 4 Moderadamente satisfeita <input type="radio"/> 3 Quase igualmente satisfeita e insatisfeita <input type="radio"/> 2 Moderadamente insatisfeita <input type="radio"/> 1 Muito insatisfeita

Orgasmo

(0-6)

## Confidential

Page 3

Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?	<input type="radio"/> 0 Sem atividade sexual <input type="radio"/> 5 Muito satisfeita <input type="radio"/> 4 Moderadamente satisfeita <input type="radio"/> 3 Quase igualmente satisfeita e insatisfeita <input type="radio"/> 2 Moderadamente insatisfeita <input type="radio"/> 1 Muito insatisfeita
Nas últimas 4 semanas o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?	<input type="radio"/> 0 sem parceiro(a) <input type="radio"/> 5 Muito satisfeita <input type="radio"/> 4 Moderadamente satisfeita <input type="radio"/> 3 Quase igualmente satisfeita e insatisfeita <input type="radio"/> 2 Moderadamente insatisfeita <input type="radio"/> 1 Muito insatisfeita
Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?	<input type="radio"/> 5 Muito satisfeita <input type="radio"/> 4 Moderadamente satisfeita <input type="radio"/> 3 Quase igualmente satisfeita e insatisfeita <input type="radio"/> 2 Moderadamente insatisfeita <input type="radio"/> 1 Muito insatisfeita
Satisfacao	(0.8-6)
Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes?) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?	<input type="radio"/> 0 Não tentei ter relação <input type="radio"/> 1 Qual sempre ou sempre <input type="radio"/> 2 A maioria das vezes ( mais do que a metade do tempo) <input type="radio"/> 3 Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="radio"/> 4 Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="radio"/> 5 Quase nunca ou nunca
Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?	<input type="radio"/> 0 Não tentei ter relação <input type="radio"/> 1 Quase sempre ou sempre <input type="radio"/> 2 A maioria das vezes ( mais do que a metade do tempo) <input type="radio"/> 3 Algumas vezes (cerca de metade do tempo) <input type="radio"/> 4 Poucas vezes (menos da metade do tempo) <input type="radio"/> 5 Quase nunca ou nunca
Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?	<input type="radio"/> 0 Não tentei ter relação <input type="radio"/> 1 Muito alto <input type="radio"/> 2 Alto <input type="radio"/> 3 Moderado <input type="radio"/> 4 Baixo <input type="radio"/> 5 Muito baixo ou absolutamente nenhum
Desconforto/dor	(0-6)
FSFI Total	(2-36)

## ANEXO D – SQS-F (Quoeficiente sexual – feminino)

Confidential

Page 1

**QS-F ( Quoeficiente sexual - feminino)**

**Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:**

**0 = nunca****1 = raramente****2 = às vezes****3 = aproximadamente 50% das vezes****4 = a maioria das vezes****5 = sempre**

	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 50% das vezes	4 A maioria das vezes	5 Sempre
1) Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9)						

Confidential

Page 2

- |  |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10) O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

---

11) Total

---

## ANEXO E – Avaliação de sintomas da bexiga neurogênica – abreviado (NBSS-SF)

Confidential

Page 1

### Avaliação de Sintomas da Bexiga Neurogênica - abreviado (NBSS-SF)

Por favor, responda as perguntas a seguir:

- Este questionário é sobre problemas urinários que você pode ter.  
 - Por favor, responda a todas as questões escolhendo apenas uma alternativa como resposta  
 - O tempo para responder este questionário é de aproximadamente 5 a 10 minutos  
 - Ao responder, considere o funcionamento habitual da sua bexiga. Não inclua alterações temporárias/passageiras da bexiga, tais como infecção urinária recente.  
 - Todas as questões podem ser respondidas tanto por pacientes que urinam espontaneamente quanto pelos que usam sondas, cateteres ou bolsas coletoras ou que já foram submetidos à cirurgia de bexiga.

	A Com sonda permanente ou bolsa coletora	B Com coletor externo de urina tipo uripen	C Com cateter de alívio	D Urinando espontaneamente no vaso sanitário
1) Na maioria das vezes eu esvazio minha bexiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Se você tiver que viver o resto da sua vida com sua bexiga da forma que ela funciona atualmente, como você se sentiria?		<input type="radio"/> 4 Infeliz <input type="radio"/> 3 Insatisfeita <input type="radio"/> 2 Um tanto satisfeita e um tanto insatisfeita <input type="radio"/> 1 Satisfeita <input type="radio"/> 0 Feliz		
3) Durante o dia, com que frequência você perde urina (incluindo perdas ao redor da sonda ou estoma):		<input type="radio"/> 4 Mais de 1 vez ao dia <input type="radio"/> 3 Cerca de 1 vez ao dia <input type="radio"/> 2 Poucas vezes por semana <input type="radio"/> 1 Raramente <input type="radio"/> 0 Zero - Nunca perco urina		
4) Durante o dia, a quantidade de urina que você perde (incluindo perdas ao redor da sonda ou estoma):		<input type="radio"/> 4 Requer 3 ou mais absorvente ou fraldas <input type="radio"/> 3 Requer 2 absorventes ou fraldas <input type="radio"/> 2 Requer 1 absorvente ou fralda <input type="radio"/> 1 É mínima e não preciso usar absorventes ou fraldas <input type="radio"/> 0 Zero - nunca perco urina		
5) Durante o dia, o maior intervalo de tempo que normalmente eu consigo ficar seco, sem perda de urina é:		<input type="radio"/> 4 Menos de 1 hora <input type="radio"/> 3 Entre 1-2 horas <input type="radio"/> 2 Entre 2-3 horas <input type="radio"/> 1 Mais de 3 horas <input type="radio"/> 0 Não tenho perda de urina. Isso não é um problema para mim		
6) A vontade urgente de urinar (contração involuntária da bexiga) acontece:		<input type="radio"/> 3 Muitas vezes ao dia <input type="radio"/> 2 Poucas vezes ao dia <input type="radio"/> 1 Raramente <input type="radio"/> 0 Nunca acontece		



Confidential

Page 2

- 
- 7) Quando eu preciso urinar (ou fazer o cateterismo intermitente)
- 3 Tenho que fazer isso imediatamente ou posso perder urina  
 2 Tenho que fazer isso em poucos minutos ou posso perder urina  
 1 Posso fazer isso quando for mais conveniente, sem risco de perder urina  
 0 Eu não penso em urinar. Uso sonda permanente ou bolsa coletora
- 
- 8) Durante o dia, o maior intervalo de tempo que normalmente fico sem urinar, fazer o cateterismo intermitente ou esvaziar a bolsa coletora é:
- 3 Menos de 1 hora  
 2 Entre 1-2 horas  
 1 Entre 2-3 horas  
 0 Mais que 3 horas
- 
- 9) Eu tenho infecção urinária com sintomas (por exemplo: dor, cheiro forte na urina, febre):
- 4 Uma vez por mês ou mais  
 3 Uma vez a cada 2-3 meses  
 2 Poucas vezes por ano  
 1 Uma vez por ano ou menos  
 0 Nunca
- 
- 10) Eu acredito que as medicações que uso para a bexiga ou para controle da urina:
- 3 Não funcionam bem  
 2 Funcionam parcialmente  
 1 Funcionam bem  
 0 Não preciso usar medicamentos para a bexiga
- 
- 11) Total Incontinência (0-12)
- \_\_\_\_\_
- 
- 12) Total Armazenamento e Micção (0-9)
- \_\_\_\_\_
- 
- 13) Total Consequências (0-7)
- \_\_\_\_\_
- 
- 14) Escore Total
- \_\_\_\_\_

## ANEXO F – Escore de Disfunção do Intestino Neurogênico

Confidential

Page 1

### Escore de Disfunção do Intestino Neurogênico

Responda as seguintes questões relacionadas ao funcionamento do seu intestino

	0 Diariamente	1 2 a 6 vezes por semana	6 Menos de uma vez por semana
1) Com que frequência você evacua?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Quanto tempo você demora em cada evacuação		<input type="radio"/> Menos de 30 minutos <input type="radio"/> 31 a 60 minutos <input type="radio"/> Mais de uma hora	
3) Você sente desconforto, tem suor ou dores de cabeça durante ou após a evacuação?		<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	
4) Você toma medicamentos (comprimidos) para tratar o intestino preso?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
5) Você toma medicamentos (gotas ou líquido) para tratar o intestino preso?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
6) Quantas vezes você usa os dedos para ajudar na evacuação?		<input type="radio"/> Menos de uma vez por semana <input type="radio"/> Uma vez ou mais por semana	
7) Com que frequência você tem perda de fezes sem controle?		<input type="radio"/> Todo dia <input type="radio"/> 1 a 6 vezes por semana <input type="radio"/> 3 a 4 vezes por mês <input type="radio"/> Algumas vezes por ano ou menos	
8) Você toma medicamentos para evitar a perda de fezes?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
9) Você deixa escapar gases sem controle?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
10) Você tem problemas na pele ao redor do ânus?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
11) Marque com a nota para representar sua satisfação com seu controle do intestino Insatisfação total = 0 e completa satisfação = 10		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	
12) Escore Total	_____		

## ANEXO G – WHOQOL-abreviado (*World Health Organization Quality of Life – abreviado*)

Confidential

### WHOQOL-abreviado (World Health Organization Quality of Life - abreviado) Page 1

Responda as seguintes questões

**Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida.**

**Por favor reponda a todas a questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece ser mais apropriada. Esta, muitas das vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência. as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser: nada, muito pouco, médio, muito, completamente.**

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e marque a opção que lhe parece a melhor resposta.**

- |  | 1 Muito ruim  | 2 Ruim                | 3 Nem ruim nem boa    | 4 Boa                 | 5 Muito boa           |
|--|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1) Como você avaliaria sua qualidade de vida?  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2) Quão satisfeita você está com a sua saúde?  | <input type="radio"/> 1 Muito insatisfeita<br><input type="radio"/> 2 Insatisfeita<br><input type="radio"/> 3 Nem satisfeita nem insatisfeita<br><input type="radio"/> 4 Satisfeita<br><input type="radio"/> 5 Muito satisfeita |                       |                       |                       |                       |
| 3) Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 5 Nada  | 4 Muito pouco         | 3 Mais ou menos       | 2 Bastante            | 1 Extremamente        |
|  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4) O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?          | 5 Nada  | 4 Muito pouco         | 3 Mais ou menos       | 2 Bastante            | 1 Extremamente        |
|  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas**

- |  | 1 Nada                | 2 Muito pouco         | 3 Mais ou menos       | 4 Bastante            | 5 Extremamente        |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 5) O quanto você aproveita a vida?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6) Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7) O quanto você consegue se concentrar?               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8)   |                       |                       |                       |                       |                       |

Confidential

Page 2

- Quão segura você se sente em sua vida diária?
- 9) Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

**As questões seguintes perguntam sobre QUÃO COMPLETAMENTE você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas semanas.**

- |   | 1 Nada                | 2 Muito pouco         | 3 Médio               | 4 Muito               | 5 Completamente       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 10) Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11) Você é capaz de aceitar sua aparência física?                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12) Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13) Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14) Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeita você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.**

- |  | Muito ruim            | Ruim                  | Nem ruim nem bom      | Bom                   | Muito bom             |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 15) Quão bem você é capaz de se locomover? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



**As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeita você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.**

- |   | Muito insatisfeita    | Insatisfeita          | Nem insatisfeita nem satisfeita | Satisfeita            | Muito satisfeita      |
|---|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 16) Quão satisfeita você está com o seu sono?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17) Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18) Quão satisfeita você está com sua capacidade para o trabalho                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19)   |                       |                       |                                 |                       |                       |

Confidential

Quão satisfeita você está consigo mesma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20) Quão satisfeita você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21) Quão satisfeita você está com sua vida sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22) Quão satisfeita você está como apoio que você recebe de seus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23) Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24) Quão satisfeita você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25) Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1 Nunca	2 Algumas vezes	3 Frequentemente	4 Muito frequentemente	5 Sempre
26) Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27) Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?	_____				
28) Quanto tempo você levou para preencher este questionário?	_____				
29) Físico	_____				
30) Psicologico	_____				
31) Relacoes_sociais	_____				
32) Meio_ambiente	_____				
33) Escore total	_____				

## ANEXO H – Aprovação do Projeto de Pesquisa

  		
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
<b>Título da Pesquisa:</b> Epidemiologia da disfunção sexual em mulheres com lesão medular		
<b>Pesquisador:</b> Cristiano Mendes Gomes		
<b>Área Temática:</b>		
<b>Versão:</b> 1		
<b>CAAE:</b> 86965218.3.0000.0068		
<b>Instituição Proponente:</b> Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP		
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio		
<b>DADOS DO PARECER</b>		
<b>Número do Parecer:</b> 2.643.589		
<b>Apresentação do Projeto:</b> O projeto tem apresentação suficientemente clara para a avaliação de seus métodos e propósitos.		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b> O objetivo da pesquisa é adquirir conhecimentos quanto à sexualidade de mulheres com lesão medular no intuito de que esses conhecimentos possam melhorar a atuação dos profissionais de saúde no futuro.		
<b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b> Como os procedimentos do estudo limitam-se à realização de entrevistas, os riscos são mínimos, não havendo benefícios diretos aos participantes.		
<b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b> A pesquisa pode colaborar com o entendimento dos problemas enfrentados por pacientes com lesão medular e servir de subsídio a futuras pesquisas.		
<b>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</b> O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem todas as informações necessárias ao posicionamento das eventuais participantes em relação ao estudo.		
<b>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:</b> O projeto pode ser aprovado pela comissão.		
<b>Endereço:</b> Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar <b>Bairro:</b> Cerqueira César <b>CEP:</b> 05.403-010 <b>UF:</b> SP <b>Município:</b> SAO PAULO <b>Telefone:</b> (11)2661-7585 <b>Fax:</b> (11)2661-7585 <b>E-mail:</b> cappesq.adm@hc.fm.usp.br		
Página 01 de 03		



USP - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.643.589

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1050816.pdf	03/04/2018 19:43:30		Aceito
Outros	questionarios_sgp.docx	03/04/2018 19:42:17	Cristiano Mendes Gomes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.docx	29/03/2018 14:27:02	Cristiano Mendes Gomes	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	27/03/2018 13:02:07	Cristiano Mendes Gomes	Aceito
Cronograma	cronograma_sgp.docx	27/03/2018 13:00:26	Cristiano Mendes Gomes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Rachel.pdf	27/03/2018 12:56:48	Cristiano Mendes Gomes	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/03/2018 18:22:40	Cristiano Mendes Gomes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/03/2018 23:43:38	Cristiano Mendes Gomes	Aceito

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappelq.adm@hc.fm.usp.br



USP - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.643.189

SAO PAULO, 09 de Maio de 2018

Assinado por:

ALFREDO JOSE MANSUR  
(Coordenador)

À  
CPG-FMUSP

Ciente.

São Paulo, 02 / 08 /2018

Prof. Dr. Alberto Azoubel Antunes  
Coordenador do Programa de  
Pós-Graduação em Ciências - Urologia

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar  
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: cappelq.adm@hc.fm.usp.br