

Associação entre função sexual, independência funcional e qualidade de vida em pacientes após acidente vascular encefálico

Association among sexual function, functional independence and quality of life in patients after cerebrovascular accident

La asociación entre la función sexual, la independencia funcional y la calidad de vida en sujetos tras sufrir accidente cerebrovascular

Alianny Raphaely Rodrigues Pereira¹, Diego de Sousa Dantas², Vanessa Braga Torres³, Elizabel de Souza Ramalho Viana⁴, Grasiéla Nascimento Correia⁵, Adriana Gomes Magalhães⁶

RESUMO | Este estudo observacional, quantitativo e transversal teve por objetivo avaliar a função sexual e comparar a qualidade de vida e independência funcional entre indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico (AVE) sexualmente ativos e inativos. Estes foram previamente contatados por telefone e tiveram suas avaliações agendadas de acordo com sua conveniência. Realizou-se a aplicação de uma ficha de avaliação contendo dados sociodemográficos, hábitos de vida, saúde referida e função sexual, além do questionário abreviado de avaliação de qualidade de vida WHOQOL e da escala de medida de independência funcional. Ao avaliar 29 indivíduos, observou-se que 48,3% eram sexualmente ativos. Destes, 64,3% eram do sexo masculino e 35,7% do sexo feminino. A maioria da amostra relatou diminuição da atividade sexual após a doença (64,3%); 60% das mulheres apresentou disfunção sexual pelo quociente sexual – versão feminina –, e 77,7% dos homens apresentou disfunção erétil, avaliada pelo Índice Internacional de Função Erétil. Observou-se que os indivíduos ativos sexualmente apresentavam melhor qualidade de vida relativa ao domínio físico ($p=0,035$)

e maior independência funcional motora ($p=0,005$) e cognitiva ($p=0,006$) quando comparados aos indivíduos que não praticavam atividade sexual. Concluiu-se que uma parcela significativa dos pacientes continua ativa sexualmente e que a prática de atividade sexual esteve associada à independência cognitiva e motora.

Descritores | Sexualidade; Qualidade de Vida; Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT | This observational, quantitative and cross-sectional study aimed to assess the sexual function and compare the quality of life and functional independence among individuals, affected by cerebrovascular accident (CVA), sexually active and inactive. Individuals were previously contacted by telephone and scheduled at their convenience. We applied an assessment form containing demographic data, life habits, self-reported health and sexual function, in addition to the WHOQOL questionnaire for the evaluation of quality of life and scale of measure of functional independence. When assessing 29 individuals, we found that 48.3% were sexually active. Among them, 64.3 individuals were male

Estudo desenvolvido na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN) – Santa Cruz (RN), Brasil.

¹Discente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, campus FACISA – Santa Cruz (RN), Brasil.

²Professor doutor do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, campus FACISA – Santa Cruz (RN), Brasil.

³Fisioterapeuta da Maternidade Escola Januário Cicco e mestre em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Santa Cruz (RN), Brasil.

⁴Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e professora associada do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Santa Cruz (RN), Brasil.

⁵Doutora em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos – São Carlos (SP), Brasil e docente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, campus FACISA – Santa Cruz (RN), Brasil.

⁶Doutora em Fisioterapia e docente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, campus FACISA – Santa Cruz (RN), Brasil.

Endereço para correspondência: Adriana Gomes Magalhães – Rua Vila Trairi, s/n, Centro – Santa Cruz (RN), Brasil – CEP: 59200-000 – E-mail: adriana_fsm@yahoo.com.br – Fonte de financiamento: Nada a declarar – Conflito de interesses: Nada a declarar – Apresentação: set. 2016 – Aceito para publicação: mar. 2017 – Aprovado pelo Comitê de Ética parecer nº 976.376.

and 35.7 were female. Most of the sample reported decreased sexual activity after the stroke (64.3%), 60% of women have sexual dysfunction through female sexual quotient, and 77.7% of men have erectile dysfunction, evaluated by the International Index of Erectile Function. We observed that sexually active individuals had better quality of life on the physical domain ($p=0.035$), greater functional ($p=0.005$) and cognitive ($p=0.006$) motor independence when compared with individuals who were not sexually active. We concluded that a significant portion of patients remain sexually active and that sexual activity was associated with cognitive and motor independence.

Keywords | Sexuality; Quality of Life; Stroke.

RESUMEN | Este estudio de tipo observacional, cuantitativo, transversal tiene el objetivo de analizar la función sexual y comparar la calidad de vida y la independencia funcional entre los sujetos sexualmente activos e inactivos, acometidos por accidente cerebrovascular. Se contactaron a los sujetos por teléfono y se agendó una cita con ellos según la disponibilidad. Se les aplicó a los participantes una encuesta de evaluación

para conocer sus datos sociodemográficos, hábitos de vida, salud y función sexual, además del cuestionario abreviado de la evaluación de la calidad de vida Whoqol-Bref y la escala de la medida de independencia funcional. De los 29 sujetos evaluados un 48,3% eran sexualmente activos. De estos, un 64,3% son hombres y un 35,7% mujeres. La mayoría de los participantes informaron que hubo una disminución de la actividad sexual tras la enfermedad (64,3%), un 60% de las mujeres presentaron disfunción sexual por el coeficiente sexual -versión femenina, y un 77,7% de los hombres presentaron disfunción eréctil, evaluada por el Índice internacional de función eréctil. Los sujetos sexualmente activos presentaron una mejor calidad de vida referente al dominio físico ($p=0,035$), una mayor independencia funcional motora ($p=0,005$) y cognitiva ($p=0,006$) en comparación a los que no tenían actividad sexual. Se concluye que gran parte de estos sujetos mantienen una vida sexual activa y que hay asociación entre la práctica de la actividad sexual a la independencia cognitiva y motora.

Palabras clave | Sexualidad; Calidad de Vida; Accidente Cerebrovascular.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o acidente vascular encefálico (AVE) tem representado uma importante causa de óbito, acometendo tanto homens como mulheres, em diferentes faixas etárias. A permanência de sequelas incapacitantes leva à dependência funcional e à limitação para as atividades de vida diária, comprometendo as possibilidades de administrar a vida pessoal e familiar^{1,2}.

Alguns autores evidenciam que o AVE é uma das afecções neurológicas mais comuns na vida adulta, podendo ser compreendido como uma deficiência cerebral, transitória ou definitiva, secundária à lesão vascular em qualquer região do encéfalo e que pode resultar em déficits motores, distúrbios de linguagem, disfagia (dificuldade de deglutição), depressão, desajuste social, disfunção sexual e vesical e piora na qualidade de vida³⁻⁵.

Estudos anteriores demonstram que o AVE, a exemplo de outras doenças neurológicas, interfere significativamente na função sexual, levando os pacientes a relatarem esse impacto negativo como uma das principais perdas e sequelas da sua doença^{6,7}.

No paciente pós-AVE, frequentemente as respostas e o processamento dos estímulos sexuais estão alterados, levando à diminuição da libido, da frequência das atividades sexuais, da lubrificação vaginal e do orgasmo no sexo feminino e ao aumento da disfunção erétil e ejaculação precoce no sexo masculino^{8,9}.

A atividade sexual adequada inclui várias fases, compreendendo desde o desejo, passando pela excitação sexual, até o orgasmo e resolução, caracterizados pelo relaxamento. A alteração em qualquer uma dessas fases é considerada como disfunção sexual, que, por sua vez, pode influenciar na qualidade de vida do indivíduo acometido¹⁰.

As disfunções sexuais são caracterizadas pelo desconforto e/ou dor no decorrer da resposta sexual em alguma fase desse evento (desejo, excitação e/ou orgasmo), impactando negativamente na qualidade de vida, na percepção de saúde e nas relações afetivas dos que a vivenciam, tendo em vista que o sexo e a sexualidade são parte fundamental da natureza humana^{7,11}. Embora ocorra em ambos os sexos, a sintomatologia difere entre homens e mulheres, sendo mais comum a disfunção erétil nos homens e a diminuição da libido e dispareunia entre as mulheres^{7,11,12}.

Embora existam vários estudos sobre as sequelas e déficits funcionais do paciente pós-AVE, ainda há escassez de informações na literatura sobre o funcionamento da vida sexual de pacientes acometidos. Nesse sentido, esta pesquisa buscou avaliar a função sexual e comparar a qualidade de vida e independência funcional entre indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico (AVE) sexualmente ativos e inativos, em um serviço escola de Fisioterapia no interior do nordeste brasileiro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal e de caráter quantitativo desenvolvido com pacientes pós-acidente vascular encefálico (AVE) recrutados na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN), na cidade de Santa Cruz, no Rio Grande do Norte. O período da coleta dos dados deu-se nos meses de abril a julho de 2015.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, sob o parecer nº 976.376, e respeitou as recomendações da Resolução nº 466/2012 do CONEP.

Foram incluídos no estudo: indivíduos maiores de 18 anos, com histórico de AVE, que já tenham tido relação sexual e que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Seriam excluídos participantes que obtivessem pontuação menor que 19/20, para indivíduos sem histórico escolar, e 23/24, para indivíduos com histórico, no Mini Exame do Estado Mental (MEEM)¹². Foram avaliados e incluídos 29 pacientes com sequelas de AVE, sendo 12 do sexo masculino e 17 do sexo feminino. Não houveram exclusões neste estudo.

Após contato prévio por telefone, os pacientes tiveram suas avaliações agendadas de acordo com sua conveniência. A coleta dos dados foi realizada na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi.

Para a coleta de dados, foi aplicada uma ficha de avaliação por um pesquisador previamente treinado contendo: dados sociodemográficos, hábitos de vida e escala de saúde autorreferida¹³. Em seguida, os pacientes foram questionados acerca da sua vida sexual (atividade sexual depois da doença, motivo de sua ausência, presença de parceiro fixo, diferenças na vida

sexual após a lesão, percepção de prazer e frequência do orgasmo). Além disso, aplicaram-se os seguintes instrumentos: Índice Internacional de Função Erétil e Quociente Sexual – Versão Feminina para avaliação da função sexual em homens e mulheres, respectivamente, o WHOQOL e a Medida de Independência Funcional.

Utilizou-se a versão validada por Gonzáles et al.¹⁴ do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE), que consiste em um instrumento curto e reprodutível para mensuração da função erétil em homens. O questionário contém 15 itens e é dividido em 5 domínios da função sexual: função erétil (6 itens), função do orgasmo (2 itens), desejo sexual (2 itens), satisfação no coito (3 itens) e satisfação global (2 itens). Os intervalos da pontuação permitem classificar a gravidade da disfunção sexual (DS) em cinco grupos: Sem DS (26-30), DS ligeira (22-25), DS ligeira a moderada (17-21), DS moderada (11-16) e DS grave (6-10)¹⁴.

Para avaliar a disfunção sexual entre as mulheres, utilizou-se o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) desenvolvido por Abdo et al.¹⁵. O QS-F é um instrumento que avalia os vários domínios da atividade sexual da mulher (desejo, excitação, orgasmo e seus respectivos correlatos psicofísicos). Composto de 10 itens, o escore varia entre 0 e 100, com valores maiores informando melhor desempenho/satisfação sexual. É estabelecido um escore menor ou igual a 60 como ponto de corte para diagnosticar a presença de disfunção sexual feminina¹⁵.

Para avaliação da qualidade de vida, utilizou-se a versão validada para o português do WHOQOL¹⁶. Esse questionário é composto por quatro domínios da qualidade de vida, sendo que cada domínio tem por objetivo verificar a capacidade física (7 questões), o bem-estar psicológico (6 questões), as relações sociais (3 questões) e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido (8 questões), totalizando 24 questões. Além desses quatro domínios, o questionário tem duas perguntas gerais sobre qualidade de vida global. Quanto maior o escore obtido, melhor é a qualidade de vida por domínio ou global¹⁶.

A funcionalidade foi avaliada por meio da versão validada para o Brasil do instrumento de Medida de Independência Funcional (MIF), que é usado para a avaliação da incapacidade de pacientes com limitações funcionais¹⁷. Esse instrumento avalia, de forma quantitativa, a carga de cuidados demandada por uma pessoa para a realização de uma série de atividades de vida diária, tanto motoras como cognitivas. Entre as

atividades avaliadas, estão autocuidados, transferências, locomoção, controle de esfíncter, comunicação e cognição social. Cada atividade avaliada recebe uma pontuação que parte de 1 (dependência total) a 7 (independência completa); assim, a pontuação total varia de 18 a 126. Quanto maior o escore, maior a independência funcional do indivíduo¹⁷.

Os dados foram analisados no software Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer (SPSS-PC), versão 20.0. Pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, os dados mostraram distribuição não paramétrica. Por isso, utilizou-se a mediana e a diferença interquartis como medidas de tendência central e de dispersão, concomitantemente.

As variáveis categóricas foram expressas em frequência absoluta e relativa. Para identificar a associação entre as variáveis categóricas e a atividade sexual, aplicou-se o teste Qui-quadrado de Pearson. Para comparação entre os grupos de participantes com e sem atividade sexual e sua relação com as variáveis quantitativas, foi aplicado o teste de Mann-Whitney. Para todas as análises inferenciais, adotou-se o nível de significância estatística de $p < 0,05$.

RESULTADOS

No presente estudo, 48,3% dos pacientes pós-AVE eram sexualmente ativos. Destes, 13,7% eram pacientes pós-AVE agudos e 86,2%, crônicos; 64,3% pertenciam ao sexo masculino, com idade média de 63,1 (DP±13,6), e 35,7% eram do sexo feminino, com idade média de 64,1 (DP±12,7). Entre os participantes que apresentaram vida sexual ativa, a maioria (85,7%) se

autodeclarou de raça negra, parda e outras; 98,8% não possuíam companheiro e, em sua totalidade, avaliaram a saúde como boa. Em contrapartida, dos indivíduos que não eram ativos sexualmente, 51,7% avaliaram sua saúde como precária.

Os dados demonstraram valores estatisticamente significativos para associação entre prática de atividade sexual, gênero do participante ($p=0,020$), estado civil ($p=0,049$) e autopercepção de saúde ($p=0,025$), conforme descrito na Tabela 1. Dentre as motivações para não possuir vida sexual ativa, 26,7% atribuíram à perda de interesse, 20,0% afirmaram não realizarem por medo e a maioria, 53,3%, por falta de parceiro após a lesão.

Quando avaliada a função sexual os homens, 77,7% deles apresentaram disfunção erétil, sendo mínima em 71,4% e moderada e grave em 14,3% cada. Já nas mulheres, 40% alcançaram função sexual satisfatória e 60% apresentaram disfunção sexual.

Quanto às características dos domínios sexuais, a maioria dos participantes possuía parceiro fixo (85,7%), referia diferença na vida sexual após a lesão (71,4%) e apresentava diminuição do desejo sexual (64,3%) – Tabela 2.

Comparando-se a qualidade de vida dos participantes com e sem atividade sexual, observou-se que os pacientes sexualmente ativos possuíam maiores escores no domínio físico ($p < 0,035$). Não houve diferença estatisticamente significativa para os demais domínios (Tabela 3).

Observou-se diferença significativa entre os grupos para a MIF motora ($p < 0,005$), MIF cognitiva ($p < 0,006$) e MIF total ($p < 0,003$). O grupo ativo sexualmente apresentou maior independência funcional motora e cognitiva (Tabela 4).

Tabela 1. Valores encontrados para atividade ou inatividade sexual e variáveis categóricas em indivíduos pós-AVE (n=29)

		Sexualmente ativo Sim (n=14)	Sexualmente inativo Não (n=15)	Qui-quadrado*
Sexo	Masculino	9 (64,3%)	3 (20%)	0,020*
	Feminino	5 (35,7%)	12 (80%)	
Raça	Branca	2 (14,2%)	4 (26,6%)	0,361
	Não branca	12 (85,7%)	11 (73,3%)	
Estado civil	Com companheiro	1 (7,1%)	6 (40%)	0,049*
	Sem companheiro	13 (92,8%)	9 (60%)	
Escolarizado	Não alfabetizado	6 (42,8%)	5 (33,3%)	0,597
	Alfabetizado	8 (57,1%)	10 (66,6%)	
Saúde autorreferida	Precária	0 (0%)	5 (33,3%)	0,025*
	Satisfatória	14 (100%)	10 (66,6%)	

*Qui-quadrado: para caselas menores do que 5, foi utilizado o teste exato de Fisher.

Tabela 2. Resultados percentuais referentes às características dos domínios sexuais em homens e mulheres (n=29)

		Total (n=14)	Masculino (n=9)	Feminino (n=5)
Parceiro fixo	Sim	12 (85,7%)	8 (88,8%)	4 (80%)
	Não	2 (14,2%)	1 (11,1%)	1 (20%)
Diferença da vida sexual depois da doença	Sim	10 (71,4%)	7 (77,7%)	3 (60%)
	Não	4 (28,6%)	2 (22,2%)	2 (40%)
Desejo sexual	Diminuiu	9 (64,3%)	7 (77,7%)	2 (40%)
	Continuou o mesmo	4 (28,6%)	2 (22,2%)	2 (40%)
	Aumentou	1 (7,1%)	0 (0%)	1 (20%)
Frequência do orgasmo	Nunca	2 (14,3%)	1 (11,1%)	1 (20%)
	Às vezes	5 (35,7%)	4 (44,4%)	1 (20%)
	Quase sempre	1 (7,1%)	1 (11,1%)	0 (0%)
	Sempre	6 (42,9%)	3 (33,3%)	3 (60%)

Tabela 3. Resultados encontrados para associação entre atividade sexual e qualidade de vida (WHOQOL)

	Sexualmente ativo (n=14) média±DP	Sexualmente inativo (n=15) média±DP	IC 95%	Valor de p
Domínio físico	54,34±17,66	40,48 ±15,95	1,04 - 26,66	0,035*
Domínio psicológico	63,38±14,72	56,95 ±17,86	-6,02 - 18,88	0,298
Domínio social	67,26 ±10,57	61,12 ±21,04	-6,60 - 18,87	0,328
Domínio ambiental	58,94 ±11,35	58,33±10,28	-7,64 - 8,84	0,882
Qualidade de vida total	60,98 ±10,41	54,67 ±12,42	-2,45 - 15,08	0,151

Tabela 4. Atividade sexual e funcionalidade (MIF)

	Sexualmente ativo (n=14) média±DP	Sexualmente inativo (n=15) média±DP	IC 95%	Valor de p
MIF motora	33,71 ±2,26	29,67 ±4,57	8,08 - 40,08	0,005*
MIF cognitiva	83,14 ±13,82	59,07±26,21	1,26 - 6,83	0,006*
MIF total	116,86 ±15,41	88,73 ±29,01	10,37- 45,87	0,003*

MIF: Medida de Independência Funcional.

DISCUSSÃO

A sexualidade não se refere apenas ao ato sexual em si, mas compreende o aspecto da autoimagem e da autovalorização. Desta forma, é um dos fatores responsáveis pelo bem-estar individual^{18,19}. O presente estudo evidenciou um relevante percentual de indivíduos sexualmente ativos (48,3%), com predominância no sexo masculino. Este resultado corrobora os achados de estudos anteriores^{18,20}, os quais observaram que os homens são sexualmente mais ativos e apresentam menor declínio sexual que as mulheres.

As doenças cardiovasculares e as desordens psicológicas e psiquiátricas são os principais fatores de risco associados às disfunções sexuais. Estas, por sua vez, são resultantes de uma combinação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais que bloqueiam a resposta sexual do indivíduo relacionada ao desejo, à excitação e ao orgasmo^{21,22}.

Neste estudo, quando avaliada a função sexual pelo QS-F e IIFE, observou-se uma prevalência de disfunção sexual de 60,0 % e 77,7% em mulheres e homens, respectivamente. Tais valores se mostram superiores aos encontrados em indivíduos saudáveis, conforme o estudo de Lara e colaboradores²³, que verificaram uma prevalência de disfunção sexual de 40 a 45% entre as mulheres e 20 a 30% entre os homens. Isso evidencia que o AVE provoca impacto negativo na função sexual do indivíduo, aumentando a probabilidade de disfunções sexuais.

Quanto à função sexual em homens, os resultados do presente estudo demonstraram valores significativos para a presença de disfunção erétil no sexo masculino. Houve um maior número de homens afetados pela DE, corroborando com o estudo realizado por Jung et al.²⁴, em que os paciente pós-AVE apresentaram diminuição da função erétil quando comparados com o grupo controle. Além disso, Jung et al. constataram diminuição na frequência e no desejo de estabelecer relações sexuais.

Embora a maioria dos participantes do estudo tenham relatado não ter companheiros (98,8%), a maioria possuía parceiros fixos (85,7%). Em estudo realizado por Junior²⁵ com indivíduos saudáveis, mostrou-se que homens e mulheres que tinham vida sexual ativa eram casados ou tinham um parceiro fixo, o que mostra um perfil diferente em relação aos pacientes pós-AVE. O perfil verificado também se diferenciou dos achados de Santana et al.²⁶, no qual houve predomínio do casamento como estado civil para homens e mulheres.

Estudos^{21,26,27} mostram que as alterações após o AVE podem resultar em disfunções sexuais como: desejo hipotativo, aversão sexual, impotência, ejaculação precoce, transtorno do orgasmo, dor, desconforto após ejaculação, dispareunia e vaginismo, corroborando em partes com os resultados de nossa pesquisa.

Diversos autores²⁸⁻³⁰ realizaram estudos investigando a correlação dos problemas sexuais em pacientes pós-AVE e descreveram que estes relataram uma diminuição na função sexual. Além disso, grande parcela desses indivíduos tem receio de ter uma vida sexual ativa após o AVE, seja por uma limitação propriamente dita da função sexual ou por problemas físicos e/ou emocionais.

Em relação à saúde autorreferida, todos os participantes sexualmente ativos apresentaram satisfação com sua saúde, corroborando com os resultados do estudo de Silva e colaboradores³¹, em que homens com atividade sexual ativa apresentaram satisfação quanto à saúde e vida sexual autopercebida.

Os participantes que não tinham relações sexuais atribuíram esse fato à perda de interesse, ausência de parceiro, ao medo e ao fato, muitas vezes, de ser recusado pelos cônjuges. Tal fato corrobora com estudos^{25,32} que ressaltam que a depressão, a ansiedade e o medo são os mais importantes fatores para a disfunção sexual. Da mesma forma, a incapacidade de discutir sexualidade com seu parceiro parecem contribuir para o declínio da frequência e satisfação na relação sexual, juntamente com a indisposição do indivíduo acometido pelo AVE.

Em relação à qualidade de vida, observaram-se valores menores para os pacientes que não tinham vida sexual ativa quando comparados com os que tinham atividade sexual. O domínio físico foi o que obteve valor menor e significativo, sugerindo que uma melhor capacidade física contribui para o indivíduo ter mais prática de atividade sexual. Para Monteiro e colaboradores⁹, o AVE e suas consequências causam limitações aos pacientes e alteram a dinâmica de suas

vidas em diversas situações, entre elas nas disfunções sexuais, levando, assim, ao declínio da qualidade de vida.

Jung et al.²⁴ avaliaram 96 indivíduos acometidos por AVE e observaram uma diminuição da função e satisfação sexual, assim como na qualidade de vida, sendo a função sexual apontada como um importante componente da qualidade de vida^{7,33}. A redução da capacidade física e alterações no posicionamento do corpo e nos movimentos durante o ato sexual podem ser os maiores responsáveis pela diminuição ou perda da função sexual³⁴. No presente estudo, os pacientes que tinham atividade sexual obtiveram melhores escores na capacidade física ($p < 0,035$).

Com relação ao nível de independência funcional dos pacientes, observamos que os pacientes com atividade sexual alcançaram melhores escores na MIF motora ($p < 0,005$), MIF cognitiva ($p < 0,006$) e MIF total ($p < 0,003$). Estes resultados apontam para uma maior independência associada à prática de atividade sexual.

Diferentes autores^{30,32,35} ressaltam que déficits físicos e alterações sensoriais, posturais e ocupacionais levam à fragilidade nas atividades motoras, promovendo também alterações na função sexual. Demonstaram, ainda, que o AVE causa alteração na capacidade funcional e que a permanência de sequelas após o AVE impõe limitações aos pacientes, podendo alterar a dinâmica de vida desses indivíduos em diversas situações, entre elas na dependência de terceiros, mobilidade e nas atividades sexuais e de vida diária.

Fróes et al.³⁶ evidenciaram que indivíduos com lesões de AVE por mais tempo apresentaram maior independência e tiveram melhores escores na qualidade de vida em relação ao funcionamento físico. Alguns estudos^{37,38} também apontam que pessoas com AVE podem ter sua qualidade de vida afetada mesmo sem limitações significativas em termos de funcionalidade.

Como limitações deste estudo, destacamos o tamanho da amostra, causada pela dificuldade de recrutamento dos pacientes e da heterogeneidade do tempo da lesão, impossibilitando estabelecer relações entre o tempo do AVE e as suas repercussões na vida sexual dos indivíduos.

CONCLUSÃO

Embora haja uma diminuição do desejo sexual, observou-se que muitos pacientes pós-AVE relataram atividade sexual. A prática de atividade sexual está associada à independência funcional cognitiva e motora, bem como à capacidade física do indivíduo.

Os indivíduos que mantêm sua função sexual possuem uma percepção mais satisfatória de saúde. Tal fato mostra que a prática da relação sexual e seus fatores inerentes (motivações, desejo sexual e excitação) são possíveis na vida dos pacientes pós-AVE. Desta forma, pautados na perspectiva da integralidade do sujeito, os planos terapêuticos devem ampliar os seus objetivos, indo além do controle da força e do tônus muscular ou atividades da vida diária, incorporando a preocupação com a manutenção/reestabelecimento da função sexual dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

- Panício MI, Mateus L, Ricarte IF, Figueiredo MM, Fukuda TG, Seixas JC, et al. The influence of patient's knowledge about stroke in Brazil: a cross sectional study. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2014;72(12):938-41. doi: 10.1590/0004-282X20140167.
- Dantas AATSG, Torres SVS, Farias IMA, Sant'Ana SBCL, Campos TF. Rastreamento cognitivo em pacientes com acidente vascular cerebral: um estudo transversal. *J Bras Psiquiatr.* 2014;63(2):98-103. doi: 10.1590/0047-2085000000012.
- Arruda JS, Reis FP, Fonseca V. Avaliação da linguagem após acidente vascular cerebral em adultos no estado de Sergipe. *Rev CEFAC.* 2014;16(3):853-62. doi: 10.1590/1982-021620142613.
- Simão SSS, Romero VU, Baraldil K, Oda A L, Viana, CF, Chiappetta ALML, et al. Avaliação clínica da relação entre postura, respiração e deglutição em paciente pós-acidente vascular cerebral na fase crônica: relato de caso. *Rev CEFAC.* 2013;15(5):1371-8. doi: 10.1590/S1516-18462013000500035.
- Talarico TR, Venegas MJ, Ortiz KZ. Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral assistidos em hospital terciário. *Rev CEFAC.* 2011;13(2):330-9. doi: 10.1590/S1516-18462010005000097.
- Ferreira CC, Mota LMH, Oliveira ACV, Carvalho JF, Lima RAC, Simaan CK, et al. Frequência de disfunção sexual em mulheres com doenças reumáticas. *Rev Bras Reumatol.* 2013;53(1):35-46. doi: 10.1590/S0482-50042013000100004.
- Monteiro ES, Zirpoli MO, Issa IQ, Moreira PN. Disfunções sexuais em pacientes após acidente vascular cerebral. *Rev Neurocienc.* 2012;20(3):462-7.
- Bia FMM. Reabilitação da sexualidade após acidente vascular cerebral: esperança para o amor. *Rev Nursing.* 2008;234:45-56.
- Oswaldo PA. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1998;56(3B):605-12. doi: 10.1590/S0004-282X1998000400014.
- Cavalcanti IF, Farias PN, Ithamar L, Silva VM, Lemos A. Função sexual e fatores associados à disfunção sexual em mulheres no climatério. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014;36(11):497-502. doi: 10.1590/S0100-720320140004985.
- Jha S, Thakar R. Female sexual dysfunction. *Eur J Obstet Reprod Biol.* 2010;153(2):117-23. doi: 10.1016/j.ejogrb.2010.06.010.
- Knoepp LR, Shippey SH, Chen CC, Cundiff GW, Derogatis LR, Handa VL. Sexual complaints, pelvic floor symptoms, and sexual distress in women over forty. *J Sex Med.* 2010;7(11):3675-82. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01955.x.
- Souza DE, Magalhaes AG, As FD, Medeiros NCB, Dantas DS, Vieira ESR. Percepção de saúde em mulheres em idade fértil: correlação entre diferentes escalas. *Fisioter Bras.* 2013;14(4):98-102.
- González IA, Sties WS, Wittkopf GP, Mara SL, Ulbrich ZA, Cardoso LF, Carvalho T. Validação do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) para Uso no Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2013;101(2):176-182.
- Abdo CH, Oliveira Jr WM, Moreira Jr ED, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.* 2004;16(2):160.
- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos LVG, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178-83. doi: 10.1590/S0034-89102000000200012.
- Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto NPP, Battistella LT. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. São Paulo. *Acta Fisiatra.* 2004;11(2):72-62.
- Torreilha LA, Costa BT, Lima FB, Santos SMS, Souza RB. O perfil da sexualidade em homens com lesão medular. *Fisioter Mov.* 2014;27(1):39-48. doi: 10.1590/0103-5150.027.001.A004.
- Thompson SB, Walker L. Sexual Dysfunction after Stroke: Underestimating the Importance of Psychological and Physical Issues. *WebmedCentral Phys Med.* 2011;2(9):WMC002281.
- Giaquinto S, Buzzelli S, Di Francesco L, Nolfi G. Evaluation of sexual changes after stroke. *J Clin Psychiatry.* 2003;64:302-7.
- Vettorazzi J, Marques F, Hentschel H, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Badalotti M. Sexuality and the postpartum period: a literature review. *Rev HCPA.* 2012;32(4):473-9.
- Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(3):139-43. doi: 10.1590/S0100-72032010000300007.
- Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS, Junqueira ARR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(6):312-2. doi: 10.1590/S0100-72032008000600008.
- Jung JH, Kam SC, Choi SM, Jae SU, Lee SH, Hyun JS. Sexual dysfunction in male stroke patients: Correlation between brain lesions and sexual function. *Urology.* 2008;71(1):99-103. doi: 10.1016/j.urology.2007.08.045.
- Moreira Junior DE, Glasser D, Santos DB, Gingell C. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the global study of sexual

- attitudes and behaviors. *Sao Paulo Med J.* 2005;123(5):234-41. doi: 10.1590/S1516-31802005000500007.
26. Santana BAS, Fukujima MM, Oliveira RMC. Características socioeconômicas de pacientes com acidente vascular cerebral. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 1996;54(3):428-32. doi: 10.1590/S0004-282X1996000300011.
27. Calabro RS, Gervasi G, Bramanti P. Male sexual disorders following stroke: an overview. *Int J Neurosci.* 2011;121(11):598-604. doi: 10.3109/00207454.2011.600647.
28. Thompson HS, Ryan A. The impact of stroke consequences on spousal relationships from the perspective of the person with stroke. *J Clin Nurs.* 2009;18(12):1803-11. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02694.x.
29. Faria CDCM, Saliba, VA, Teixeira-Salmela LF, Nadeau S. Comparação entre indivíduos hemiparéticos com e sem histórico de quedas com base nos componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Fisioter Pesqui.* 2010;17(3):242-7. doi: 10.1590/S1809-29502010000300010.
30. Rees PM, Fowler CJ, Maas CP. Sexual function in men and woman with neurologic disorders. *Lancet.* 2007;369(9560):512-25.
31. Tamam Y, Tamam L, Akil E, Yasan A, Tamam B. Post-stroke sexual functioning in first stroke patients. *Eur J Neurol.* 2008;15(7):660-6. doi: 10.1111/j.1468-1331.2008.02184.x.
32. Schmitz MA, Finkelstein M. Perspectives on Poststroke Sexual Issues and Rehabilitation Needs. *Top Stroke Rehabil.* 2010;17(3):204-13. doi: 10.1310/tsr1703-204.
33. França ISX, Coura AS, França EG, Basilio NNV, Souto RQ. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(6):1364-71. doi: 10.1590/S0080-62342011000600013.
34. Kwon S, Hartzema AG, Duncan PW, Min-Lai S. Disability measures in stroke: relationship among the Barthel Index, quality of life after stroke caused by brain infarction. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000;81(12):1541-6.
35. Korpelainen JT, Nieminen P, Myllylä VV. Sexual function among stroke patient and their spouses. *Stroke.* 1999;30:715-79.
36. Fróes KSSO, Valdés MTM, Lopes DPLO, Silva CEP. Factors associated with health-related quality of life for adults with stroke sequelae. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2011;69(2-B):371-6. doi: 10.1590/S0004-282X2011000300020.
37. Cruz KCT, Diogo MJD. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(5):666-72. doi: 10.1590/S0103-21002009000500011.
38. Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(S.1):1341-8. doi: 10.1590/S1413-81232011000700068.