



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

A SEXUALIDADE NO SUJEITO AMPUTADO AO NÍVEL DO  
MEMBRO INFERIOR.

Sancha Azevedo e Silva

Nº 15519

Orientador de Dissertação:

Professora Doutora Ana Alexandra Carvalheira

Coordenador do Seminário de Dissertação:

Professora Doutora Isabel Leal

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia da Saúde

2008/2009

*Dissertação de mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutora Ana Alexandra Carvalheira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme o despacho da DGES, nº 6037/2007 publicado em Diário da Republica 2ª série de 23 de Março, 2007.*

## **Resumo**

O presente trabalho de investigação tem como principais objectivos procurar compreender o modo como as variáveis satisfação e vivência sexual se expressam em sujeitos amputados, após a reabilitação, e avaliar, de forma retrospectiva, a satisfação com a sexualidade, as alterações na vivência sexual, e a satisfação/vivência com a relação conjugal, dos sujeitos amputados, em relação ao período após a amputação. A metodologia é mista, trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo. Utilizam-se três instrumentos: (1) Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2004), (2) Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Meneses, Cardoso, 2006), e (3) guião de entrevista estruturada, elaborado pelos autores, para analisar a vivência conjugal e sexual após a amputação. A amostra incluirá um grupo de 60 sujeitos amputados (20 por acidente, 20 com diabetes, 20 com doença vascular), assistidos em Serviços de Medicina e Reabilitação em hospitais da área da grande Lisboa.

Espera-se que os dados obtidos permitam identificar as características, dificuldades e preocupações desta população, no que respeita à sua vivência sexual e relacional, de forma a sensibilizar os profissionais de saúde para as especificidades e necessidades, em termos de aconselhamento ou encaminhamento, com o objectivo principal de promover um melhor ajustamento.

Palavras-chave: amputação, satisfação sexual, relação conjugal, sexualidade, adaptação.

## **Abstract**

This study aimed to understand how the variables sexual satisfaction and existence are expressed on amputees after rehabilitation. We also pretend to evaluate, in a retrospective way, the satisfaction with sexuality the changes on sexual existence and relationship satisfaction and existence, after amputation.

The outcome measures that were used to produce our results were “*Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2004)*”, the “*Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Meneses, Cardoso, 2006)*”, and an interview script elaborated by the authors with questions about the sexual and marital relation after amputation. This questionnaire was applied to sixty adult amputees, assisted in Rehabilitation Hospital Services, in the Lisbon area.

The principal goal of this study was to identify characteristics, difficulties, and worries of this general population, in what concerns to sexual and relationship existence, to alert health professionals of the specificities and needs, to counselling and to refer and to improve the adjustment after an amputation.

Key-words: amputation, sexual satisfaction, marital relationship, sexuality, adaptation.

## ÍNDICE

I. Introdução	1
II. Psicologia da Saúde	3
• Saúde Sexual	3
III. Sexualidade e Incapacidade Física	4
• A Sexualidade na Incapacidade Física	4
• Os Sujeitos Amputados ao Membro Inferior	7
• A Sexualidade nos Sujeitos Amputados	9
IV. Problema	15
V. Objectivos	15
VI. Método	16
• Delineamento do estudo .....	16
• Participantes.....	16
• Instrumento.....	17
• Procedimento.....	18
VII. Referências Bibliográficas	20
Anexos:	27
• ANEXO I – Pedido de autorização para realização do estudo	28
• ANEXO II – Consentimento informado	30
• ANEXO III – Guião de Entrevista	32
• ANEXO IV – Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2004)	39
• ANEXO V – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Meneses, Cardoso, 2006)	41

## Introdução

A Saúde Sexual tem vindo a ganhar um papel cada vez mais significativo no campo da Psicologia da Saúde. Considerada como factor fundamental para o bem-estar e qualidade de vida individual, é um dos critérios de saúde. O seu âmbito de acção há muito que deixou de ser apenas preventivo, privilegiando-se também a actuação interventiva, como é exemplo a intervenção ao nível das dificuldades com a sexualidade associadas a uma situação de doença ou incapacidade física (Araújo, 1987).

A amputação é uma incapacidade física adquirida que afecta cerca de 1,7% de pessoas nos países industrializados. As suas causas podem estar relacionadas com variados factores como, defeitos congénitos, insuficiência vascular, tumores ou acidentes (Oliveira, 2001). As suas repercussões, tanto físicas como psicológicas, são habitualmente significativas. A amputação de um membro inferior atinge vários aspectos da vida, a imagem corporal, o ajustamento psicossocial e relações interpessoais, podendo causar perturbações no equilíbrio psíquico do sujeito, provocando conflitos internos e relacionais (Oliveira, 2000; Bondenheimer, Kerrigan, Garber, Monga, 2000).

A maioria dos indivíduos que sofre de incapacidade física adquirida relata um decréscimo na sua actividade sexual, alterações no seu padrão de actividade sexual, e um declínio da satisfação sexual, após o aparecimento da incapacidade física (Sadoughi, 1971, cit. por Esmail, Esmail & Munro, 2001). Face à alteração corporal, que ocorre em situações de amputação, é possível que a vida sexual passe a ser experienciada de forma negativa (Cardoso, 2003). Em casamentos nos quais um dos parceiros sofre de uma incapacidade, as dificuldades sexuais são apontadas como o principal problema, aumentando, para o dobro, a probabilidade de divórcio (Yim, Yoon, Song, Rah, Moon, 1998, cit. por Esmail, Esmail & Munro, 2001).

A investigação refere que a amputação ao membro inferior tem um sério impacto no bem-estar psicológico, no entanto pouco se sabe acerca do papel que a vida sexual assume ao nível do bem-estar, e durante o processo de adaptação (Williamson & Walters, 1996). A razão que normalmente surge para justificar esta lacuna na

investigação remete para o facto destes doentes manterem, habitualmente, a capacidade sexual preservada, criando a ideia de que a investigação nesta área não seria pertinente (Ide, 2004). No entanto, esta justificação parece reduzir a sexualidade apenas à dimensão do desempenho sexual, esquecendo que esta está embrenhada também na dimensão relacional, onde estão implícitas dimensões emocionais e psíquicas, na maioria das vezes afectadas em situações de amputação.

Neste contexto, parece importante estudar quais os aspectos primordiais que facilitam, ou dificultam, o ajustamento à vivência sexual, nos sujeitos amputados, especialmente tendo em conta que “os investigadores possuem poucos conhecimentos sobre os factores associados ao sucesso/insucesso do ultrapassar das exigências colocadas pela situação de amputação por parte de cada indivíduo” (Oliveira, 2001, p.33). Sendo a sexualidade parte fundamental do bem-estar individual, muitas vezes comprometido em situações de saúde/doença, parece importante perceber de que forma a satisfação com o relacionamento sexual, e o ajustamento relacional, podem ter impacto nas manifestações emocionais dos sujeitos amputados, e na sua (re)adaptação. Esta investigação procura dar relevo à importância que a forma como os sujeitos amputados vivem a sua sexualidade pode ter, ao longo do processo de recuperação, procurando como se poderá ajustar a intervenção durante o processo e reabilitação às dificuldades, e preocupações com a sexualidade, experimentadas ao longo deste processo.

## **Psicologia da Saúde**

### **Saúde Sexual**

A saúde sexual é um estado físico, emocional, mental e social, de bem-estar em relação à sexualidade, não apenas a ausência de doença e/ou disfunção. A sexualidade é parte integrante do ser humano ao longo da sua vida, sendo por isso um conceito fulcral na saúde individual. É uma ideia central que engloba características como sexo, identidade de género e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução (OMS, 2004).

A sexualidade é vista parte integrante da saúde individual, e como tal, aspectos relacionados com a satisfação e o enriquecimento sexual são considerados direitos fundamentais (Haddad cit. por Araújo, 1987). Implica aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, que influenciam significativamente atitudes e comportamentos (Félix & Marques, 1995).

Na década de 60 o prazer sexual passa a ser considerado como factor fundamental para o bem-estar individual e conjugal. A partir de então desenvolvem-se programas de intervenção com foco no prazer e satisfação sexual (Nodin, 2000). O conceito de Saúde Sexual é definido, pela primeira vez pela OMS em 1975, como a integração de aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, que contribuem para a realização pessoal, a comunicação entre parceiros, para a atracção e o amor. Assim, a noção de saúde sexual implica um enfoque positivo e multidimensional sobre a sexualidade humana, não se limitando aos aspectos biológicos e fisiológicos (Nodin, 2000).

A incidência crescente da Psicologia da Saúde em contextos de saúde variados, como o da reabilitação física, tem permitido um especial enfoque não só em processos de readaptação funcional, bem como em processos de readaptação psicológica. Em 1952 a APA (American Psychology Association) cria a divisão (22) de Psicologia de Reabilitação. Uma das populações alvo são os sujeitos amputados, e uma das áreas de intervenção estipuladas, a função sexual e a incapacidade (Johnstone, Walsh, Carton, Fish, 2008). A sexualidade, enquanto parte integrante da saúde individual, deve ser um componente a ter em conta no processo de reabilitação, uma vez que está descrita

como um dos factores especialmente afectados no contexto da incapacidade física adquirida (Cardoso, 2003).

## **Sexualidade e Incapacidade Física**

### **A Sexualidade na Incapacidade Física**

A deficiência é definida como perda ou alteração de uma estrutura ou função fisiológica, anatómica ou psicológica. A incapacidade é uma consequência da deficiência, e implica restrições totais ou parciais para realizar determinadas actividades (OMS, 2001). O aparecimento da incapacidade tem um impacto generalizado na qualidade de vida e bem-estar individual (Esmail, Esmail & Munro, 2001).

Estimativas recentes apontam para 500 milhões de pessoas com incapacidades físicas e funcionais em todo o mundo. Segundo Oliveira (2004), embora não existam dados oficiais concretos, sabe-se que em Portugal a amputação atinge níveis elevados.

A incapacidade física tem um impacto somato-psicológico semelhante ao de uma doença crónica, uma vez que envolve uma “situação indesejável, modificações irreversíveis e uma necessidade absoluta de (re)adaptações várias” (p. 385, Cardoso, 2004). Contudo, a estigmatização social tende a ser maior no caso da incapacidade física, pelo impacto provocado pela alteração do corpo (Cardoso, 2004).

A sexualidade é um importante componente da identidade e do auto-conceito. Enquanto conceito fulcral na saúde individual, tem um importante papel no ajustamento e qualidade de vida dos sujeitos com incapacidade física. Embora socialmente pareça existir uma desvalorização da sexualidade dos sujeitos com incapacidade física, os dados mostram que o interesse em relação a esta dimensão, de forma geral, se mantém (Walters & Williamson, 1998).

Face a uma lesão corporal, que implica perda de parte do corpo ou de funcionalidade, dá-se habitualmente uma alteração da imagem do corpo, que leva a sentimentos de desvalorização e tristeza (Galhordas & Lima, 2004). Tendencialmente os sujeitos com

incapacidade física adquirida relatam baixos níveis de estima sexual e níveis elevados de depressão sexual (Silvers, 1997, cit. por Taleporos & McCabe, 2002). Pessoas com incapacidade sentem-se, de forma habitual, sexualmente pouco atraentes, experimentam sentimentos de vergonha, desconforto e dificuldade em aceitar a incapacidade (Taleporos, 2001 cit. por Taleporos & McCabe, 2002).

Vários estudos demonstram que as incapacidades físicas, como as amputações, podem causar níveis elevados de ansiedade sexual, reduzir a satisfação sexual, bem como auto-estima sexual e auto-estima corporal (Kedde & Berlo, 2006). A maioria dos indivíduos que sofrem de incapacidade relata um decréscimo na sua actividade sexual, uma alteração do seu padrão de actividade sexual e um declínio da satisfação sexual após a incapacidade. Num estudo realizado por Sadoughi (1971, cit. por Esmail et al, 2001) aferiu-se que 36% dos indivíduos com incapacidade desejavam ter mais satisfação sexual na relação actual, 42% acreditam que a sua (seu) esposa(o) desejaria mais satisfação. A incapacidade física tem um impacto profundo na qualidade de vida e no bem-estar individual. Num estudo referido pelos autores Esmail et. al (2001), afirma-se que quando um dos parceiros sofre de uma incapacidade a sexualidade é indicada como um dos problemas com maior gravidade nos casamentos.

A nova situação de vida, imposta pela realidade da incapacidade, vai ter impacto no ciclo de resposta sexual. Segundo Cardoso (2004) a valorização da sexualidade é feita na maioria das vezes ao nível funcional, ou seja do desempenho, e qualquer falha nesse domínio pode ser sentida como uma forte ameaça à sexualidade. O medo de desiludir o outro, o medo de abandono, pode prejudicar a adaptação à situação, implicando consequências na vida sexual do sujeito incapacitado. Segundo Galhordas & Lima (2004) aqueles que habitualmente apresentam uma baixa auto-estima e que privilegiam os aspectos mais funcionais da sexualidade, acabam por sentir a situação de incapacidade como uma situação de impotência. Segundo estes autores parece existir dificuldade em perspectivar a vida sexual como um aspecto mais global e não apenas focado ao nível do desempenho.

Taleporos & McCabe (2003) referem que o estatuto relacional parece estar fortemente associado ao bem-estar sexual nas pessoas com, ou sem, incapacidade física. Pessoas solteiras referem níveis mais baixos de satisfação sexual, estima sexual, e actividade

sexual menos frequente. Pessoas casadas com incapacidade apresentam menor nível de bem-estar sexual do que pessoas que têm companheiros com quem não vivem.

As limitações impostas pela incapacidade física poderão vir a causar impacto na vida sexual do casal, pelos sentimentos de desconforto e insegurança despoletados. A relação sexual é afectada na frequência da actividade, surgem constrangimentos na atracção, barreiras sociais, perturbando não só o sujeito incapacitado como o seu parceiro. A incapacidade parece aumentar o stress prejudicando os papéis e as barreiras individuais.

Na incapacidade física adquirida parece existir uma tendência generalizada para se desvalorizar o impacto que a situação de incapacidade pode provocar também nos que fazem parte da vida da pessoa incapacitada, nomeadamente no esposo(a) ou companheiro(a). Esmail, Esmail & Munro (2001) chamam a atenção para o facto das questões acerca da sexualidade do casal serem na maioria das vezes desvalorizadas. Alguns estudos concluem que o parceiro que não tem incapacidade tem piores valores em todas as medidas de saúde, e que os problemas de saúde têm tendência a estar relacionados com o stress (Kester, 1988, cit. por Esmail, Esmail & Munro, 2001).

Através da revisão teórica feita acerca dos efeitos que a incapacidade física tem na sexualidade encontramos referências sobre alterações, tanto no funcionamento como na interacção sexual, que afectam uma variedade de situações íntimas. Contudo, existem indicadores de que pessoas com incapacidade adquirida mantêm desejos normais de aproximação e afectividade, bem como o desejo sexual (Rodarte & Muñoz, 2004).

Uma abordagem na doença (ou na incapacidade) não será completa se não tivermos em conta a dimensão da sexualidade, dimensão esta que implica ter em atenção o nível orgânico e o psicossocial de cada indivíduo (Cardoso, 2004). É importante que o sujeito com incapacidade física seja ajudado a redefinir a sua sexualidade, o que abrange não só a dimensão funcional, mas especialmente a afectividade que pode, e deve, ser explorada a vários níveis (Galhordas & Lima, 2004).

É fundamental que os profissionais tenham em conta que a pessoa com deficiência/incapacidade tem o mesmo potencial afectivo-sexual que a pessoa sem incapacidade, não esquecendo que esta dimensão pode, tal como muitas outras, necessitar de redefinições no momento da reabilitação. Esta deve então ser uma dimensão avaliada relativamente às consequências, dificuldades, preocupações que a amputação causa na vida individual e conjugal (Cardoso, 2004).

### **Os Sujeitos Amputados ao nível do Membro Inferior**

A amputação consiste na remoção de um membro, que pode ocorrer como consequência de uma situação súbita, acidente, ou uma situação crónica, doença (Silva, 2006). De uma forma mais específica, as suas causas podem estar relacionadas com variados factores como, defeitos congénitos, insuficiência vascular, tumores ou acidentes (Oliveira, 2001). Calcula-se que 70% dos casos de amputação se devem a doenças vasculares e os restantes 30% se devem a traumas, tumores ou malformações (Silva, 2006).

A amputação parece não ter tido um lugar visível nos estudos psicológicos até aos anos 80, só nessa altura se desenvolvem os primeiros trabalhos acerca das manifestações sintomáticas no período pós-amputação. Contudo, os investigadores parecem não ter ainda muitos conhecimentos acerca das causas que levam ao sucesso, ou insucesso, da adaptação a uma situação de amputação (Oliveira, 2001).

A amputação é um acontecimento de vida marcante, com repercussões físicas e psicológicas significativas. Ao confrontar-se com incapacidades e limitações impostas, o doente pode sentir estas perdas de uma forma desestruturante e bastante ansiosa. A nova condição do doente amputado pode provocar a manifestação de uma regressão afectiva, o que vai implicar que sinta novas necessidades de protecção e segurança (Oliveira, 2000). Na fase inicial o doente amputado sente-se habitualmente mutilado, vazio e vulnerável (Horgan & Maclachlan, 2004). “O défice criado pela amputação pode contribuir para a perda de autoconfiança em geral e em particular no desempenho e relacionamento de carácter sexual.” (Oliveira, 2001, p.35).

O corpo assume hoje um papel fundamental em termos de valorização social. Os padrões de estética actuais impõem-se provocando um impacto nefasto na auto-estima

dos sujeitos amputados (Cardoso, 2004). Num estudo realizado por Horgan & MacLachlan (2004), verificou-se que os sujeitos amputados manifestam, de forma geral, desconforto social, ansiedade relativamente à sua imagem corporal, demonstrações generalizadas de ansiedade e depressão, experimentando uma difícil aceitação no que respeita às restrições de actividade.

As manifestações de depressão e ansiedade são observadas, de forma geral, após a amputação de um membro inferior. As manifestações de depressão parecem não diminuir à medida que o tempo passa (Singh, Hunter & Philip, 2007; Rybarczyk, Edwards & Behel, 2004). Em relação aos níveis de ansiedade, embora estes se manifestem elevados após a cirurgia, a literatura parece consensual ao referir que ao fim de um ano esta tende a diminuir (Singh et al, 2007). Oliveira (2001) refere dados de Shukla (1982) para indicar que existe uma prevalência de 50% de diagnóstico depressivo e níveis elevados de tristeza (62%) e de ansiedade (53%), em doentes amputados.

A amputação implica uma série de novas aprendizagens em dimensões existenciais como, corporal, psico-afectiva, sexual, familiar, profissional e social (Oliveira, 2000). A experiência de perda vivida face à amputação, vai implicar a procura de novas abordagens a conteúdos de vida anteriores (Celkevicius & Ramos, 2004).

Walters & Williamson (1998) referem que a literatura na área da psicologia e reabilitação, acerca do ajustamento à doença e à incapacidade é crescente, no entanto a literatura focalizada nas especificidades dos sujeitos amputados, como um grupo particular de pessoas com incapacidade física, com características próprias parece ser ainda muito diminuta.

### **A Sexualidade nos Sujeitos Amputados**

A sexualidade dos sujeitos amputados não tem tido especial atenção dos investigadores e clínicos, isto porque nestas situações, habitualmente, a função sexual está preservada nestes casos, o que possivelmente leva a pensar que o estudo sobre esta temática não teria grande relevância (Ide, 2004).

Numa pesquisa bibliográfica efectuada na internet por Ide (2004), verificou-se que o estudo pioneiro acerca da sexualidade nos sujeitos amputados data de 1978, não surgindo qualquer referência a este tema até ao ano de 2000, num estudo de Bodenheimer et al. (Ide, 2004). Através deste estudo Ide (2004) verificou-se que 42,4% dos sujeitos manifestam alterações na sua sexualidade após a amputação, e 26% manifestam redução da libido (Reinstein, Asheley, Miller, 1978, cit. por Ide, 2004).

A amputação provoca mudanças na relação individual (Oliveira, 2001). Na incapacidade física, como é o caso da amputação, existe um afastamento do ideal de corpo, “ (...) a conjugação da doença e deficiência com a sexualidade resulta numa rede de conflitualidades que tendem a gerar turbulência no envolvimento sexual.” (p. 386, Cardoso, 2004). O ajustamento pessoal à incapacidade parece ser mediado através das relações com os outros (Schultz, 1985, cit. por Oliveira, 2000), o que nos leva a pensar que o ajustamento sexual e afectivo assume também um importante papel nesse sentido.

A capacidade de envolvimento sexual parece ser um dos principais factores psicológicos a causar impacto na sexualidade do sujeito com incapacidade física (Cardoso, 2002). Face à incapacidade física é possível que a vida sexual passe a ser olhada numa perspectiva negativa, como fonte de angústias e inseguranças, reactivas à alteração corporal. O trauma psicológico, reactivo à perda de um membro, poderá causar danos indirectos no funcionamento sexual (Ide, 2004).

Vários estudos demonstram que face a uma incapacidade física, se assiste a manifestações de elevada ansiedade sexual, níveis baixos de satisfação com a sexualidade, de auto-estima sexual e auto-estima corporal, em comparação com grupos sem incapacidade (Kedde & van Berlo, 2006). O impacto que a amputação, a um membro inferior, tem na actividade sexual parece ser o maior preditor de sintomatologia depressiva (Williamson & Walters, 1996).

Williamson & Walters (1996) num estudo com 76 sujeitos, no qual se procurou estudar a relação entre a amputação e factores psicológicos, em associação a relatos sobre qualidade de vida, verificou-se que a satisfação com a sexualidade estava

relacionada com níveis de qualidade de vida mais elevados. Manifestações de dor associadas à amputação estão correlacionadas com uma menor satisfação sexual e menor qualidade de vida. Os mesmos autores referem ainda no seu estudo que, 10% dos sujeitos estavam sexualmente inactivos, um terço estava insatisfeito com a vida sexual após a amputação, 50% não estavam satisfeitos com a qualidade das relações. Apenas 10% dos participantes afirmam ter tido aconselhamento, do seu profissional de saúde, em relação à sua actividade sexual. As relações íntimas podem ficar ameaçadas depois da amputação, com ruptura conjugal frequente (Atherton & Robertson, 2006).

Num estudo realizado por Bondenheimer, Kerrigan, Garber, Monga (2000), com 30 sujeitos, cujo objectivo era descrever o funcionamento psicológico, o funcionamento sexual e o estado de saúde em pessoas com amputação do membro inferior, concluiu-se que a maioria dos participantes (77%) identificou problemas ao nível do funcionamento sexual em diversos domínios. Verificou-se que 63% dos sujeitos refere ter problemas em atingir o orgasmo, e 67% refere dificuldades de erecção. Contudo, apesar das dificuldades referidas, 90% dos sujeitos manifesta elevado interesse na vida sexual. Relativamente às fantasias sexuais, 77% têm fantasias com pessoas sexualmente atractivas e partes eróticas do corpo, 63% fantasiam relações sexuais e sexo oral. Num artigo de Ide (2004), acerca da importância da sexualidade na re-integração dos sujeitos amputados, 60% de sujeitos com amputação do membro inferior afirmam ter dificuldades de erecção.

Os aspectos físicos e psicológicos afectam de formas iguais a performance sexual. A performance do parceiro sexual assume uma forte influência na sexualidade do indivíduo com incapacidade. A vida sexual de um sujeito com incapacidade é um indicador importante da sua re-integração, e consequentemente a avaliação que faz em relação à mesma é importante para determinar o seu ajustamento (Ide, 2004).

O estado civil parece ser uma importante variável no ajustamento à situação de amputação. Em muitos estudos o estado civil casado, ou viver maritalmente, surge como uma variável protectora em relação à sintomatologia depressiva. Contudo, as variáveis que parecem ter maior impacto negativo sobre a sexualidade são, a idade mais avançada, ser solteiro, experimentar fortes sentimentos de frustração em relação

à amputação em situações íntimas (Williamson & Walters, 1996). Podemos pensar que, o facto do parceiro sexual ser muitas vezes o cuidador informal da pessoa com incapacidade, colocando-a numa situação de dependência, pode ser potencialmente inibidor do erotismo (Crawford & Cardoso, 2000).

Alguns dos factores percebidos como responsáveis pelo decréscimo da função sexual os efeitos da medicação (27%), falta de parceiro (23%), ansiedade (17%) e falta de interesse (13%) (Bodenheimer, Kerrigan, Garber, Monga, 2000). Á partida a incapacidade física pode contribuir para a perda de auto-confiança no desempenho sexual em relação à desejabilidade como parceiro sexual, contudo estas manifestações parecem ser habitualmente exacerbadas por atitudes insensíveis por parte dos profissionais de saúde (Labby, 1984 cit. por Williamson & Walters, 1996).

Num estudo de Randall et al., com 100 veteranos hospitalizados, verificou-se que 30% manifestam pobre ajustamento sexual. Reinstein e col., num estudo com uma amostra de 60 pessoas com amputações abaixo do joelho, com prótese, verificaram que, comparativamente à vivência anterior à amputação, 77% dos homens e 38% das mulheres refere um decréscimo significativo da sua satisfação sexual após a amputação. O decréscimo é superior para os homens não casados, com amputações acima do joelho e dor fantasma persistente (Bodenheimer, Kerrigan, Garber, Monga, 2000).

Em relação aos sujeitos amputados protetizados verifica-se a prótese não substitui o nível funcional nas situações de intimidade, observando-se um decréscimo das actividades íntimas durante o período de reabilitação (Kohl, 1984, cit. por Silva, 2006). Segundo Williamson & Walters (1996) quanto maior a proximidade temporal da amputação, maior parece ser o impacto na actividade sexual, o que poderá estar relacionado com alguma sensação de dor experimentada durante a actividade sexual, como resultado de um estado de cicatrização ainda precoce. A dor parece ser um factor que afecta de forma significativa o interesse para a actividade sexual. Quando a dor é aliviada parece existir um aumento da actividade sexual (Walters & Williamson, 1998).

Aparentemente, só quando as questões psicológicas estão resolvidas, quando o ajustamento psicológico se estabiliza, é que os sujeitos amputados são capazes de tirar partido da utilidade da prótese e recuperar a sua auto-estima (Atherton & Robertson, 2006). Segundo refere Silva (2006), o uso da prótese poderá ajudar a restabelecer a auto-estima e vontade de viver, no sentido em que proporciona ao paciente a possibilidade de recuperar alguma autonomia, o que se espelhará na sua qualidade de vida.

Habitualmente a população de sujeitos amputados tem uma idade superior a 60 anos (85%), contudo a idade parece não ter impacto no interesse sexual, tendo em conta que a literatura refere que a maioria dos homens e mulheres mantêm o interesse, a disponibilidade, e actividade sexual com o parceiro, mesmo em idades mais avançadas. Estes autores referem existir indicadores em relação ao facto da idade não estar relacionada com a satisfação e com a frequência de actividade sexual desde a amputação. Apesar de se esperar que a actividade sexual decresça com a idade, podemos pensar que a perda de um membro torna mais difícil o desempenho de determinados comportamentos sexuais, existentes habitualmente vistos como os mais satisfatórios (Williamson & Walters, 1996). Contudo, a literatura parece não ser consensual no que respeita ao impacto que a idade pode ter no ajustamento sexual à situação de amputação. Alguns autores defendem que idades mais avançadas são maior preditor de um impacto negativo significativo da amputação na actividade sexual (Rybarczyk et al., 2004).

Parece importante frisar que o principal interesse deste estudo é perceber qual é o impacto da amputação na vida sexual dos sujeitos amputados, procurando descobrir quais as mudanças que se deram depois da amputação, em função de como era vivida a sexualidade anteriormente. Tal como defendem López & Fuertes (1989), o principal interesse nesta área é perceber como se pode “dar novas possibilidades relacionais às pessoas” (p. 141), independentemente da sua idade, mas sempre de forma ajustada, procurando ir ao encontro do que são as capacidades e necessidades de cada um (individualmente e em casal).

No processo de reabilitação a maioria dos amputados parecem ser preparados de forma inadequada para os aspectos do dia-a-dia. Os programas de informação e

aconselhamento, sobre como se pode manter a actividade sexual, mesmo com algumas limitações poderiam ser benéficos. No entanto, isto requer que os profissionais de saúde se sintam confortáveis a discutir a sexualidade, e que estejam familiarizados com as mudanças/alterações provocadas pela amputação. As intervenções devem facilitar o ajustamento às possíveis dificuldades, psicológicas, médicas, e problemas práticos (Williamson & Walters, 1996).

Parecem existir variadas razões para que as questões da sexualidade não sejam abordadas pelos profissionais. Em algumas culturas falar sobre a sexualidade parece ser ainda considerado vergonha ou imoralidade, muitos são os que pensam que questões acerca da sexualidade só devem ser faladas entre os parceiros, e a postura dos profissionais parece ir, geralmente, no mesmo sentido. Os profissionais de reabilitação não parecem estar preparados para abordar estas questões com os seus pacientes. Os próprios sujeitos amputados parecem apresentar tendencialmente uma performance física melhor do que pacientes com outras incapacidades, recebendo por isso apenas conselhos técnicos dos profissionais da reabilitação. Parece importante que a sexualidade das pessoas com incapacidade seja avaliada através de duas perspectivas, na perspectiva do funcionamento sexual, e na perspectiva das preocupações que possam existir acerca da sexualidade (Ide, 2004). Prestar apoio aos sujeitos amputados, no que se refere à dimensão sexual, implica que os próprios profissionais de reabilitação se envolvam de forma activa também em relação a esta área (Silva, 2006).

Rybarczyk et al. (2004) referem que, através da pesquisa chegaram à conclusão que a área da sexualidade é muito negligenciada nos cuidados de saúde em geral, embora seja uma área na qual se podem evidenciar dificuldades individuais após a amputação. Os profissionais devem supervisionar os sujeitos amputados ao nível do seu *distress* depois de um longo período de tempo, e não apenas na fase inicial de pós-operatório (Atherton & Robertson, 2006).

Williamson & Walters (1996) sugerem que a vida sexual deve estar incluída na lista das actividades habitualmente avaliadas e abordadas durante o processo de reabilitação. Para que tal se possa realizar, é importante que seja feito um levantamento das especificidades desta população no que respeita à sua vivência

sexual. Alguns dos objectivos deste aconselhamento poderiam centrar-se em reduzir sentimentos de insegurança em situações íntimas e ajudar os companheiros a ajustarem-se às suas preocupações e medos em relação às mudanças do seu (sua) parceiro(a). Seria importante que os profissionais pudessem perceber em que casos basta uma abordagem breve, em termos de aconselhamento, ou outros casos em que seria importante remeter para um apoio mais especializado, como terapia sexual.

Os autores Geertzen, Van Es & Dijkstra (2009) realizaram, recentemente, um trabalho sobre o estado actual da pesquisa existente acerca da sexualidade dos sujeitos amputados. Verificou-se que de 5 bases de dados exploradas apenas 11 estudos eram referentes a esta temática. Dos resultados desses estudos realçou-se em especial o impacto que as amputações revelam ter na vida sexual, ou nas preocupações relacionadas com a vida sexual. Os sujeitos amputados queixam-se que, de forma geral, existe pouco apoio dos profissionais.

O procedimento de pesquisa para este trabalho implicou a recolha de bibliografia em diversas bases de dados, cujos resultados apresentamos na tabela seguinte:

Tabela 1: Resultados de pesquisa

<b>Base de Dados</b>	<b>Palavras-chave no título</b>	<b>Limitadores</b>	<b>Resultados</b>
Ebsco: Psyarticles; Psycinfo	amputation, sexuality	Ano: 2000/2009	3 resultados
Ebsco: Psyarticles; Psycinfo	sexuality, disability	Ano: 2000/2009	150 resultados
Ebsco: Medline; Psychology and Behavioral Sciences Collections	amputation; sexuality	Ano: 2000/2009	4 resultados
Ebsco: Medline; Psychology and Behavioral Sciences Collections	sexuality, disability	Ano: 2000/2009	240 resultados
B-on	amputation, sexuality	Ano: 2000/2009	41 resultados
Isi web of knowledge	amputation, sexuality	ano:2000/2009	18 resultados
<b>Base de Dados</b>	<b>Palavras-chave no tópico</b>	<b>Limitadores</b>	<b>Resultados</b>
Ebsco: Psyarticles; Psycinfo	amputation, sexuality	Ano: 2000/2009	2 resultados
Ebsco: Psyarticles; Psycinfo	sexuality, disability	Ano: 2000/2009	93 resultados
Ebsco: Medline; Psychology and Behavioral Sciences Collections	amputation; sexuality	Ano: 2000/2009	1 resultado
Ebsco: Medline; Psychology and Behavioral Sciences Collections	sexuality, disability	Ano: 2000/2009	10 resultados
B-on: Ciências da Sociais	amputation, sexuality	Ano: 2000/2009	48 resultados
B-on: Ciências da Saúde	amputation, sexuality	Ano: 2000/2009	59 resultados
Isi web of knowledge	amputation, sexuality	Ano: 2000/2009	15 resultados

## **Problema e sua pertinência**

Através da revisão de literatura pudemos perceber que o tema da sexualidade na incapacidade física tem sido estudado e focado em inúmeros trabalhos. Contudo, em relação a situações de amputação a pesquisa bibliográfica efectuada (tabela 1) mostra que existe pouca informação acerca das especificidades deste tipo de incapacidade física, em especial o seu impacto no funcionamento sexual parece não ter sido ainda suficientemente estudado (Bondenheimer, Kerrigan, Garber, Monga, 2000), em especial no que respeita à realidade portuguesa. Nesse sentido parece pertinente colocar a seguinte questão de investigação:

- Como é a satisfação com a sexualidade e a vivência da sexualidade e da afectividade dos sujeitos amputados, ao nível do membro inferior, no pós alta hospitalar e no período após o processo de reabilitação?

A sexualidade, enquanto parte essencial da nossa saúde, deveria ser tida em conta no processo de reabilitação. Esta intervenção, definida por Cardoso (2003) como “ (...) reabilitação sexual – que poderá contemplar patamares de informação, aconselhamento e/ou terapia sexual propriamente dita – deveria constituir uma das valências do programa reabilitacional, perspectivada (individualmente e/ou na companhia do parceiro sexual) para a promoção de uma nova atitude em relação à sexualidade e para uma redefinição criativa dos interesses, iniciativas e comportamentos sexuais”, pode ter um importante papel na readaptação do individuo à sua nova realidade de vida. Assim, através desta investigação pretendemos que, através da informação obtida, se possa sensibilizar os profissionais de saúde para as especificidades desta população, nomeadamente no que respeita à vivência da sua sexualidade, de forma a prestar cuidados mais especializados e de acordo com as necessidades identificadas.

## Objectivos do Trabalho

Estabelecemos dois objectivos centrais para o nosso estudo:

- 1) Perceber como é que as variáveis satisfação sexual e vivência da sexualidade e afectividade se expressam em sujeitos amputados, após a reabilitação, num período entre 12 a 18 meses.
- 2) Avaliar retrospectivamente a satisfação com a sexualidade, as alterações na vivência sexual, e a satisfação com a relação afectiva, dos sujeitos amputados, relativamente ao período após a amputação (durante os 6 meses após alta hospitalar).

Objectivos específicos:

- Perceber se ao nível funcional existem diferenças entre os três grupos amostrais, na forma como é experimentada a satisfação com a sexualidade.
- Compreender como é que os sujeitos amputados avaliam a satisfação com a sua vida sexual e vida afectiva, mudanças, dificuldades e preocupações ao longo do período de recuperação.
- Verificar se existe correlação entre níveis significativos de ansiedade e/ou depressão, e baixos níveis de satisfação sexual, percepção de maiores dificuldades ao nível da vivência sexual e afectiva.
- Avaliar se existem diferenças entre homens e mulheres nos níveis de satisfação sexual, e ao nível da vivência sexual e afectiva.
- Perceber se existem diferenças nos níveis de satisfação sexual, na vivência sexual e relacional, entre sujeitos com e sem prótese.

Pensamos ainda, que em termos dos objectivos desta investigação, seria pertinente, através dos resultados da entrevista, procurar elaborar uma lista de problemas, dificuldades relacionados com a satisfação sexual, o ajustamento da vivência sexual e afectiva, criando a possibilidade de avaliar e apoiar pacientes em reabilitação e/ou referenciar, se necessário, para serviços de aconselhamento sexual. Estes resultados podem ter um importante papel numa perspectiva de normalização das questões relativas à sexualidade, para que os sujeitos amputados tenham a possibilidade de falar abertamente das suas dificuldades ou preocupações, e os profissionais tenham uma postura mais aberta para abordar estas questões.

## **Método**

### **Delineamento do estudo**

Este é um estudo de metodologia mista. Utiliza-se o método quantitativo, recorrendo-se à aplicação de dois questionários, e o método qualitativo, uma vez que se inclui uma entrevista estruturada. Caracteriza-se por ter um desenho de investigação descritivo transversal, uma vez que procura recolher informação acerca de uma população, doentes amputados ao membro inferior, num único grupo e através de uma única recolha de dados (Pais-Ribeiro, 2007). Tem como objectivo avaliar a forma como as variáveis satisfação e vivência sexual se expressam em sujeitos amputados. Explora-se uma determinada realidade porque pouco se conhece sobre ela. Procura-se retratar em detalhe as características de pessoas, acontecimentos ou situações. (D'Oliveira, 2005, p.15). Trata-se ainda de um estudo com uma valência retrospectiva, no sentido em que se pretende num momento avaliar como decorreram determinadas vivências num período do passado. Neste estudo contempla-se também a avaliação da satisfação com a sexualidade, e explora-se a vivência da mesma, no momento de vida actual.

### **Participantes**

A amostra é de tipo não aleatório, uma *amostra de conveniência*, recolhida segundo o critério de conveniência do investigador. É uma amostra representativa, na medida em que “um conjunto de indivíduos que possuem a variável são intencionalmente escolhidos para garantirem a amplitude da representação da variável” (Pais-Ribeiro, 2007, p.42). Assim, a nossa amostra é composta por indivíduos amputados ao nível do membro inferior divididos em grupos por três causas distintas de amputação, diabetes, doença vascular, acidente. A constituição de grupos tem como objectivo procurar controlar as diferenças que possam existir relativamente à forma como cada grupo experimenta a sexualidade, tendo em conta que, e.g., a medicação pode afectar a resposta sexual, desencadeando ou reforçando as dificuldades sexuais (Cardoso, 2004).

A amostra é constituída por 60 sujeitos amputados ao nível do membro inferior, que se demonstrem disponíveis para participar no estudo, após o processo de reabilitação. A amostra é contactada e recolhida através de Serviços de Medicina e Reabilitação de

hospitais da área da grande Lisboa. A selecção dos sujeitos a contactar é feita tendo em conta o tempo de alta do Serviço de MFR, entre 12 a 18 meses.

O questionário será aplicado a um total de 60 participantes, com amputação ao nível do membro inferior. A amostra está dividida por três grupos, cada um com 20 sujeitos. Cada grupo engloba pessoas amputadas por uma causa, o grupo de sujeitos amputados por doença vascular, o grupo de sujeitos amputados por diabetes e o grupo de pessoas amputadas por trauma. Procura-se que a amostra abranja um número equivalente de homens e mulheres, cerca de 10 homens e 10 mulheres por grupo.

O questionário será aplicado a sujeitos amputados e após o processo de reabilitação física, num período entre os 12 e 18 meses. Como critérios de inclusão foram considerados factores como, ter uma amputação do membro inferior, ter entre 18 a 75 anos, saber ler e escrever, ter ou não prótese. A ausência de relação de compromisso (pelo menos 1 ano) após a amputação, bem como o diagnóstico de disfunção sexual anterior à amputação e diagnóstico de psicopatologia, foram considerados critérios de exclusão.

### **Instrumento**

O instrumento a utilizar neste trabalho inclui três questionários, o Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2004) (ANEXO IV), a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Meneses, Cardoso, 2006) (ANEXO V) e um guião de entrevista estruturado (ANEXO III).

O Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2004) (ANEXO IV), versão original Self-esteem and Relationship Questionnaire (Cappeleri et al., 2002). Na versão adaptada este questionário tem 13 itens (na versão original 14 itens), distribuídos por duas dimensões, relação sexual (satisfação e confiança para iniciar relações) e confiança (auto-estima e relacionamento em geral). Cada item corresponde a uma afirmação cuja resposta é dada através de uma escala ordinal de cinco posições. A resposta a cada item é dada através de uma escala ordinal de cinco posições que vai desde “quase nunca/nunca” a “quase sempre/sempre”, cotadas entre 1 a 5. Relativamente aos valores de consistência interna verifica-se que para a dimensão “Relações sexuais” 0,80; para a dimensão “Auto-estima” 0,50 a 0,81; para a dimensão “Relacionamento Geral” 0,59.

O guião de entrevista estruturado (ANEXO III), elaborado para este trabalho, aborda algumas questões acerca da vivência sexual e relacional após a amputação. O guião de entrevista está essencialmente focado em questões que consideramos estarem ligadas de forma directa, ou indirecta, com o impacto que a amputação poderá ter na vivência sexual e conjugal. Está dividido por várias áreas, dados sócio-demográficos, dados concretos da amputação, antecedentes psicopatológicos, relações amorosas existentes, dificuldades com a vida em geral provocadas pela amputação, e satisfação com a vivência sexual e relacional. Na dimensão da vivência sexual e relacional focamos os aspectos que nos parecem mais importantes para este estudo, satisfação com a vida sexual, capacidade resposta sexual e tipo de relações, satisfação com a vida relacional, impacto da amputação na vida sexual, sentimentos relacionados com a vida sexual, expectativas para o futuro, e algumas questões relacionadas com o aconselhamento sexual. Por último inserimos uma questão acerca da medicação habitual, que consideramos importante pelas sequelas que alguns tipos de medicação podem causar na actividade sexual, como é o caso dos opióides, que podem reduzir o desejo sexual, dos corticóides que podem ter impacto na atractividade física, ou dos antidepressivos tricíclicos, que podem comprometer a regulação neurológica do ciclo de resposta sexual.

A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Meneses, Cardoso, 2006) (ANEXO V), procura avaliar a depressão e ansiedade em doentes que estão em contexto hospitalar. Os itens foram elaborados de forma a não reflectirem a doença física actual. Esta escala é constituída por 14 questões avaliam graus de ansiedade e depressão relativamente aos últimos dias. Cada dimensão é avaliada segundo 7 questões (para um total de 14). As respostas são dadas segundo uma escala ordinal, que varia entre extremos de frequentemente e nunca/raramente e cotadas entre 0 e 3. A nota para cada dimensão varia entre 0 e 21. Para cada dimensão uma nota entre 0 e 7 corresponde a um nível “normal”, 8 e 10 nível “leve”, 11 e 14 nível “moderado”, 15 e 21 nível “grave”. Relativamente à sua consistência interna a escala apresenta boas propriedades métricas, idênticas à versão original, Pais-Ribeiro (2007). As vantagens desta escala relacionam-se com a facilidade de compreensão e preenchimento, e por outro lado é inteiramente focada

nos pensamentos e humor, não sendo confundida com questões de mobilidade e incapacidade (Singh, 2007).

### **Procedimento**

Para a recolha da amostra e realização do projecto de investigação enviamos uma carta, endereçada aos Directores Clínicos, dos Hospitais da zona da grande Lisboa, a que se recorre, com uma breve explicação dos objectivos do nosso estudo, e do procedimento planeado para a realização do trabalho de investigação. Depois da aprovação, por parte da Comissão de Ética de cada Hospital, para a realização da investigação, será estipulado com a equipa da Consulta de Medicina Física e Reabilitação (MFR) o procedimento para a recolha da amostra.

A entrevista será realizada num período após a reabilitação num período entre 12 a 18 meses. Os sujeitos serão referenciados pela Consulta de Medicina Física e Reabilitação. Os sujeitos são contactados pelos funcionários da consulta de MFR, pedindo a sua colaboração para participar neste estudo. Aqueles que se disponibilizam a colaborar dirigem-se à Consulta de Medicina Física e Reabilitação, onde lhes será apresentado o entrevistador e, numa sala disponibilizada para o efeito, é passado o questionário e feita a entrevista.

Os questionários são auto-administrados, e a entrevista é feita pelo entrevistador. Na folha de rosto do questionário inclui-se o consentimento informado (ANEXO II), com uma breve explicação dos objectivos do estudo, e sua pertinência, onde os sujeitos podem dar, ou não, o seu consentimento.

O tempo de duração da aplicação é de cerca de 50 minutos.

A grelha de resposta é explicada aos sujeitos antes começarem a responder ao questionário.

Cada sujeito responde ao questionário de forma individual e anónima.

Qualquer dúvida que possa surgir no decorrer da aplicação é esclarecida.

A recolha será feita no período de tempo de cerca 8 semanas, duas manhãs por semana. O horário e os dias seriam estipulados em conformidade com a disponibilidade dos Serviços, idealmente duas manhãs por semana, entre as 9 e as 13horas.

**Cronograma:**

	Jan./10	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Revisão de literatura	■	■	■								
Carta dirigida aos hospitais			■								
Recolha e introdução de dados				■	■	■					
Tratamento e análise de dados						■	■				
Elaboração de discussão e conclusões								■	■	■	
Finalização										■	■

## Referências Bibliográficas

Araújo, M. (1987). *A Sexualidade e a OMS*. In Francisco Allen Gomes, Afonso de Albuquerque, J. Silveira Nunes (coord.). *Sexologia em Portugal* (pp. 191-194). Lisboa: Texto.

Atherton, R., Robertson, N. (2006). Psychological adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users. *Disability and Rehabilitation*, 28 (19); 1201-1209.

Bondenheimer, C., Kerrigan, A., Garber, S., Monga, T. (2000). Sexuality in persons with lower extremity amputations. *Disability and Rehabilitation*, 22 (9); 409-415.

Cardoso, J. (2003). *Sexualidade e deficiência física*. In Lígia Fonseca, Catarina Soares, Júlio Machado Vaz (coord.). *A sexologia – perspectiva multidisciplinar* (pp. 504-530, vol.1). Coimbra: Quarteto Editora.

Cardoso, J. (2004). Sexualidade na doença crónica e deficiência física. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 20; 385-394.

Celkevicius, D., Ramos, R. (2004). *Aspectos psicológicos das amputações de membros inferiores*. In José Ribeiro e Isabel Leal (org.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 567-571). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Crawford, M., Cardoso, J. (2000). *A dimensão sexual na doença crónica: Que avaliação? Que intervenção?*. In José Ribeiro, Isabel Leal, Manuel Dias (org.). *Actas do 3º Congresso de Psicologia da Saúde* (pp. 521-525). Lisboa: ISPA.

D'Oliveira, T. (2005). *Teses e dissertações: recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. Lisboa: Editora RH, Lda.

Esmail, S., Esmail, Y., Munro, B. (2001). Sexuality and disability: The Role of Health Care Professionals in Providing Options and Alternatives for Couples. *Sexuality and Disability*, vol.19, nº4; 267-284.

Félix, I., Marques, A.M. (Orgs.) (1995). *E Nós... Somos Diferentes? – Sexualidade e Educação Sexual na deficiência mental*. Lisboa: APF.

Galhordas, J.G., Lima, P. (2004). Aspectos psicológicos na reabilitação. *Re(habilitar) – Revista da ESSA*, nº 0; 35-47.

Geertzen, J., Van Es, C., Dijkstra, P. (2009). Sexuality and amputation: A systematic literature review. *Disability & Rehabilitation*, vol. 31, issue7; 522-527.

Gomes, A. (1995). *Ideias gerais sobre a sexualidade dos deficientes*. In Ivone Félix e António Marques (coord.). *E nós... somos diferentes? Sexualidade e educação sexual na deficiência mental* (pp. 11-28). Lisboa: Associação para o planeamento da família.

Horgan, O., Mclachlan, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: A review. *Disability and Rehabilitation*, 26 (14/15); 837-850.

Ide, M. (2004). Sexuality in persons with limb amputation: A meaningful discussion of re-integration. *Disability and Rehabilitation*, vol. 26, nº14/15; 939-943.

Johnstone, B., Walsh, J., Carton, S., Fish, R. (2008). Rehabilitation psychology: Meeting the needs of individuals with acquired disabilities in Ireland. *Disability and Rehabilitation*, 30(9); 709-715.

Kedde, H., Van Berlo, W. (2006). Sexual satisfaction and sexual self images of people with disabilities in the Netherlands. *Sexuality and Disability*, vol. 24, nº1; 53-67.

López, F., Fuertes, A. (1989). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: APF.

Nodim, N. (2000). *A saúde sexual e reprodutiva – Um novo enfoque sobre a sexualidade*. In José Ribeiro, Isabel Leal, M. Dias (orgs.). *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 607-617). Lisboa: ISPA.

Oliveira, R. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 4 (XVIII); 437-453.

Oliveira, R. (2001). *Psicologia clínica e reabilitação física (Uma abordagem psicoterapêutica da incapacidade física adquirida)*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Oliveira, R. (2004). O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6 (1); 63-67.

Organização Mundial de Saúde. *International classification of functioning, disability and health – ICF*. Genebra: WHO; 2001.

Pais-Ribeiro, J.L. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.

Rybarczyk, B., Edwards, R., Behel, J. (2004). Diversity in adjustment to a leg amputation: Case illustrations of common themes. *Disability and Rehabilitation*, vol. 26, nº14/15; 944-953.

Rodarte, I., Muñoz, M. (2006). Inventory of sexual experiences and response in disability (IEReSDI): Construction and validation of the scale of the sexual response in people with disabilities. *Sexuality and Disability*, vol.22 (1); 81-94.

Silva, A.P. (2006). *Amputação e Reabilitação. Estudo dos aspectos psico-legais do sujeito com amputação*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: ISPA (não publicado).

Singh, R., Hunter, J., Philip, A. (2007). The rapid resolution of depression and anxiety symptoms after lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation*, 21; 754-759.

Taleporos, G., McCabe, M. (2002). Development and validation of the physical disability sexual and body esteem scale. *Sexuality and Disability*, vol.20 (3); 159-176.

Taleporos, G., McCabe, M. (2003). Relationships, sexuality and adjustment among people with physical disability. *Sexual and Relationship Therapy*, vol.18, nº1; 25-41.

Walters, A., Williamson, G. (1998). Sexual satisfaction predicts quality of life: a study of adult amputees. *Sexuality and Disability*, vol. 16, nº2, 103-115.

Williamson, G., Walters, A. (1996). Perceived Impact of Limb Amputation on Sexual Activity: A Study of Adult Amputees. *The Journal of Sex Research*, vol. 33, nº3; 221-230.

Sexual Health – a new focus for WHO. *Progress in Reproductive Health Research*, n.67 (2004). Consultado em 2 de Março de 2009 através de <http://www.who.int/reproductive-health>

## ANEXOS

## ANEXO I

Pedido de autorização para realização do estudo

Sancha Magalhães Colaço de Azevedo e Silva

Rua das Perdizes, 284, 4b

2750-704 Cascais

Telemóvel – 914771444

E-mail: sanchaas@hotmail.com

Lisboa, 17 de Dezembro de 2007

Exmo. Sr. Director Clínico do Hospital (a designar)

Sou aluna de Mestrado de Psicologia da Saúde no Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa. No âmbito de um estudo para tese de mestrado sobre a vivência da sexualidade nos doentes amputados, venho por este meio solicitar a Vossa disponibilidade de modo a aplicar um questionário composto por o ajustamento conjugal em sujeitos amputados, nomeadamente as atitudes face à sexualidade. Pretendemos utilizar Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2004), Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Meneses, Cardoso, 2006), e um guião de entrevista semi-estruturado, elaborado para este trabalho, no qual se abordam algumas questões acerca da vivência conjugal e sexual após a amputação, que enviamos em anexo. O questionário seria aplicado a um grupo de 20 sujeitos amputados, num período após a reabilitação superior ou igual a 12 meses, acompanhados no Serviço de Medicina e Reabilitação deste Hospital. Este estudo tem como principal objectivo recolher alguns dados relacionados com a referida temática, sobre a qual existe pouca informação. Parece importante perceber as especificidades deste tipo de incapacidade física, e o seu impacto no funcionamento sexual, parte fundamental do bem-estar e da saúde individual.

Aguardo resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Sancha Azevedo e Silva

ANEXO II  
Consentimento informado  
(folha de rosto do questionário)

Este questionário destina-se a obter dados necessários à realização de um trabalho de investigação de Mestrado em Psicologia da Saúde (Instituto Superior de Psicologia Aplicada), cujo objectivo é perceber a forma como as pessoas, e seus cônjuges, se adaptam à situação de amputação, nomeadamente em relação à vivência da sexualidade. Para isso peço-lhe que responda às questões que de seguida são apresentadas, de uma forma sincera, e segundo a sua opinião. Não existem respostas certas ou erradas, a sua opinião é fundamental.

A SUA COLABORAÇÃO É MUITO IMPORTANTE E, DESDE JÁ,  
AGRADECEMOS-LHE A SUA DISPONIBILIDADE.  
ESTE ESTUDO É CONTUDO DE PARTICIPAÇÃO FACULTATIVA E PODE  
DESISTIR SE NÃO ESTIVER INTERESSADO (A) EM COLABORAR.

Pedimos-lhe que:

Preencha **todos** os itens do questionário.

Não assine o questionário (com a excepção desta folha) o questionário é **anónimo**.

Agradeço muito a sua colaboração, sem a qual não seria possível realizar este trabalho.

Os dados obtidos serão **apenas** utilizados neste trabalho de mestrado.

Se concordar em participar neste estudo por favor assine no espaço abaixo e obrigado por aceitar dar a sua importante contribuição para este estudo.

Eu, \_\_\_\_\_ compreendi e concordo em participar neste estudo segundo as condições acima indicadas.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Obrigado pela sua colaboração.

Anexo III  
Guião de Entrevista

## Entrevista

### **I - Dados Pessoais**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Agregado Familiar: \_\_\_\_\_

Número de filhos: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Actividade Profissional: \_\_\_\_\_

### **II – Amputação**

Tipo de amputação: \_\_\_\_\_ (transtibial, transfemural)

Tempo de amputação: \_\_\_\_\_

Causa da amputação: \_\_\_\_\_

Reabilitação: \_\_\_\_\_

Tempo de reabilitação: \_\_\_\_\_

Prótese: \_\_\_\_\_

Atribuições causais para a amputação: \_\_\_\_\_

### **III – Antecedentes Clínicos:**

Antecedentes psicopatológicos \_\_\_\_\_

Antecedentes patologia física \_\_\_\_\_

Diagnóstico ou problemas sexuais? \_\_\_\_\_

### **IV – Relações:**

Casado(a)? \_\_\_\_\_ Há quantos anos? \_\_\_\_\_

Vive com alguém? \_\_\_\_\_ Há quantos anos? \_\_\_\_\_

Namora? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
Casou-se/vive/ namora, após a amputação? \_\_\_\_\_  
É divorciado? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
A relação terminou depois da situação de amputação? \_\_\_\_\_  
Quais pensa terem sido os principais problemas, os motivos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**V – Dificuldades vivenciadas após a amputação:**

Limitações físicas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Experiência de dor? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Dificuldades funcionais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Dificuldades familiares? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Alterações na vida conjugal? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Mudanças na vida sexual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Alterações de auto-imagem/auto-estima? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Mudanças profissionais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Impacto psicológico?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VI – Vivência Sexual/Conjugal**

1) - Satisfação com a vida sexual actualmente (0 a 10) \_\_\_\_\_  
1.1) - Satisfação com a vida sexual após a amputação (0 a 10) \_\_\_\_\_

2) - Sente desejo sexual pelo seu companheiro? \_\_\_\_\_

2.1) - Sentia desejo sexual pelo seu companheiro depois da amputação? \_\_\_\_\_

3) - Sente-se desejado pelo seu companheiro? \_\_\_\_\_

3.1) - Sentia-se desejado pelo seu companheiro depois da amputação? \_\_\_\_\_

4) - Habitualmente existe iniciativa de ambos para iniciar relações sexuais? Sua? Do seu companheiro?

---

---

4.1) - E no período posterior à amputação (6 meses após alta hospitalar)?

---

---

5) - Tem relações com o(a) seu (sua) companheiro(a) porque ele tem vontade, para o satisfazer?

---

5.1) - O (a) seu (sua) companheiro(a) tem relações consigo porque tem vontade, para satisfazer o seu desejo?

---

6) - Quando tem relações tem erecção/lubrificação com regularidade?

---

6.1) - Quando tem relações atinge o orgasmo?

---

6.2) - Tipo de relações praticadas: coito/ masturbação/ preliminares

---

6.3) - No período pós amputação? Experimentou dificuldades a estes níveis?

---

7) - Satisfação com a vida afectiva na actualidade (afectividade, intimidade):

---

7.1) - E remetendo para o período após amputação (6meses depois da alta hospitalar)?

---

7.2) - Tem momentos de intimidade/proximidade na actualidade? (0 a 10 – nada a muito satisfeito):

---

7.3) - E remetendo o período após amputação (6meses depois da alta)?

---

7.4) – Sente que a amputação teve impacto na proximidade afectiva do casal? De que forma?

---

(sentem-se mais próximos, mais afastados, igual)

8) - Impacto da amputação na vida afectiva e sexual depois da amputação? A que níveis?

---

---

8.1) - Alterações na vida sexual após a amputação?

---

---

9) - Como se sente antes de iniciar relações?

---

---

*(inseguro(a), medo de falhar, medo de não ser desejado(a), vergonha com a nudez,*

*sente-se como antes, sente-se pior que antes da amputação, sente-se melhor que antes da amputação, sente-se totalmente satisfeito(a))*

9.1) - Como lida com a nudez? E o seu companheiro com a sua nudez?

---

---

9.2) - Como se sente durante as relações sexuais?

---

---

*(excitado(a), desconfortável, inibido, faz para agradar, inseguro(a), sente prazer mútuo, por necessidade)*

9.3) – Como se sente depois de ter relações sexuais?

---

---

*(totalmente satisfeito(a), realizado(a), feliz, satisfeito(a), insatisfeito(a))*

9.4) – Sente-se satisfeito(a) com a frequência com que tem relações sexuais?

---

9.5) – Quais as principais dificuldades que sente actualmente? (vida amorosa, sexual, preocupações) \_\_\_\_\_

---

---

---

10) - Tem prótese? \_\_\_\_\_

---

10.1) - Usa a prótese quando tem relações?

---

10.2) - Qual foi o impacto da prótese na sua vida sexual?

---

11) Expectativas

11.1) Se identificou dificuldades, como espera que a sua vida sexual evolua:

---

---

11.2) - Expectativas em relação à vida conjugal (afectividade, intimidade):

---

---

12) - Após a amputação teve apoio psicológico?

- De que forma sente que foi importante para o seu processo de adaptação? \_\_\_\_\_

---

12.1) - Depois da teve algum apoio em relação a alguma dificuldade sexual ou conjugal relacionada com a sua amputação? Que profissional?

- De que forma sente que foi importante para o seu processo de adaptação?

---

---

12.2) - Se não teve, gostaria de ter tido algum apoio/ aconselhamento sexual?

---

12.3) – Recorreria a aconselhamento estivesse disponível?

---

VII – Que medicação toma habitualmente?

---

---

### Anexo IV

#### Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (QSRS)

(Pais-Ribeiro & Raimundo, 2004)

	Quase nunca/nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre/sempre
1- Senti-me à vontade ao iniciar relações sexuais com o(a) meu (minha) companheiro(a)					
2- Senti-me confiante de estar suficientemente excitada(o) durante a relação sexual					
3- Fiquei satisfeita(o) com o meu desempenho sexual					
4- Senti que o sexo pode ser espontâneo					
5- Senti-me apta(o) a iniciar relações sexuais					
6- Senti-me confiante no meu desempenho sexual					
7- Senti-me satisfeita(o) com a					

nossa vida sexual					
8- Tenho tido uma boa auto-estima					
9- Senti-me uma (um) mulher (homem) completo					
10- Senti-me muitas vezes falhada(o)					
11- Senti-me confiante					
12- O (A) meu (minha) companheiro(a) mostrou-se satisfeito(a) com a nossa relação em geral					
13- Estou satisfeita(o) com a nossa relação em geral					

**QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM RELACIONAMENTO SEXUAL (QSRS)**

(Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005)

**Anexo V**

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)  
(Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Meneses, Cardoso, 2006)

<b>HADS</b>
-------------

Data: \_\_\_\_\_

**Instruções**

Este questionário visa ajudar o seu profissional de saúde a saber como se sente. Leia cada frase e assinale a resposta que mais se aproxima da forma como se tem sentido na última semana.

*Não passe muito tempo em cada resposta; a sua reacção imediata a cada uma das frases será provavelmente mais exacta do que uma resposta em que tenha pensado muito tempo.*

<b>1. Sinto-me tenso(a):</b> <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando, ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca	<b>8. Sinto-me mais lento(a) ou vagaroso(a):</b> <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Nunca
<b>2. Ainda gosto das coisas que costumava fazer:</b> <input type="checkbox"/> Tanto como gostava <input type="checkbox"/> Não tanto como gostava <input type="checkbox"/> Só um pouco do que gostava <input type="checkbox"/> Quase nada como gostava	<b>9. Sinto uma espécie de medo, como se tivesse um aperto no estômago:</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Bastantes vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes
<b>3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:</b>	<b>10. ..Perdi o interesse pela minha aparência:</b> <input type="checkbox"/> Sim, definitivamente

<input type="checkbox"/> Sim, e muito forte <input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/> Um pouco, mas isso não me preocupa <input type="checkbox"/> Não, de maneira nenhuma	<input type="checkbox"/> Não me cuido tanto como devia <input type="checkbox"/> Talvez não me cuide tanto como antes <input type="checkbox"/> Cuido-me tanto como costumava
<b>4. Consigo rir-me e ver o lado divertido das coisas:</b> <input type="checkbox"/> Tanto como costumava conseguir <input type="checkbox"/> Agora não tanto como costumava conseguir <input type="checkbox"/> Definitivamente não tanto como costumava conseguir <input type="checkbox"/> Não, de maneira nenhuma	<b>11. Sinto-me inquieto(a), como se tivesse que estar sempre a andar de um lado para o outro:</b> <input type="checkbox"/> Sim, muito <input type="checkbox"/> Sim, bastante <input type="checkbox"/> Não muito <input type="checkbox"/> Não, de modo nenhum
<b>5. Tenho preocupações que me passam pela cabeça:</b> <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando, mas não muitas vezes <input type="checkbox"/> Apenas ocasionalmente	<b>12. Antecipo as coisas com satisfação:</b> <input type="checkbox"/> Tanto como eu costumava fazer anteriormente <input type="checkbox"/> Um pouco menos do que anteriormente <input type="checkbox"/> Muito menos do que anteriormente <input type="checkbox"/> Quase nunca
<b>6. Sinto-me alegre:</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	<b>13. Tenho sentimentos súbitos de pânico:</b> <input type="checkbox"/> Com muita frequência <input type="checkbox"/> Bastantes vezes <input type="checkbox"/> Não muitas vezes <input type="checkbox"/> Nunca
<b>7. Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado(a):</b> <input type="checkbox"/> Sim, definitivamente <input type="checkbox"/> Geralmente <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Nunca	<b>14. Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio:</b> <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Muito raramente