

# Reabilitação Sexual na Lesão Medular

Uma abordagem multidisciplinar centrada na pessoa



Equipa Multidisciplinar  
Unidade de Reabilitação de Lesões Medulares  
Centro de Reabilitação do Norte



Versão Pdf

#### FICHA TÉCNICA

**Título** • Reabilitação Sexual na Lesão Medular

**Subtítulo** • Uma abordagem multidisciplinar centrada na pessoa

**Coordenação científica** • Maria Ribeiro da Cunha

**Instituição** • Unidade de Reabilitação de Lesões Medulares, Centro de Reabilitação do Norte, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

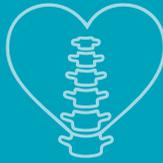
**Ano de edição** • 2025

**Direitos de autor** • © Centro de Reabilitação do Norte, 2025

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida sem autorização prévia, por qualquer meio, eletrónico ou mecânico, incluindo fotocópia e gravação.

Este livro foi elaborado no âmbito do projeto de Reabilitação Sexual desenvolvido pela equipa multidisciplinar da Unidade de Reabilitação de Lesões Medulares do Centro de Reabilitação do Norte, com o objetivo de disponibilizar um recurso acessível, científico e humanizado para pessoas com lesão medular e suas famílias.

<https://www.ulsge.min-saude.pt/PORTALCRN/>



## INTRODUÇÃO

A sexualidade é uma dimensão fundamental da condição humana. Envolve intimidade, prazer, identidade, afeto e comunicação, estando presente em todas as fases da vida. Para as pessoas com lesão medular, a vivência da sexualidade pode ser profundamente afetada, não apenas pelas alterações físicas diretas, mas também pelas barreiras sociais e emocionais que se erguem à sua volta.

Ao longo dos últimos anos, a equipa multidisciplinar da Unidade de Reabilitação de Lesões Medulares do Centro de Reabilitação do Norte tem vindo a incluir a sexualidade como parte da reabilitação integral da pessoa e como elemento fundamental da qualidade de vida. Este livro nasce dessa prática clínica, da escuta das pessoas com lesão e do compromisso ético com uma abordagem centrada na dignidade, no respeito e na autodeterminação.

Dirigido a pessoas com lesão medular, às suas famílias e aos profissionais de saúde, este livro pretende:

- Informar e empoderar as pessoas com lesão medular sobre as possibilidades de viver uma sexualidade plena;
- Combater mitos, preconceitos e estigmas;
- Disponibilizar ferramentas práticas para profissionais de diferentes áreas;
- Promover uma cultura de saúde sexual positiva, inclusiva e baseada em direitos humanos.

Cada capítulo foi elaborado por diferentes profissionais da equipa multidisciplinar, estruturado por área profissional, com linguagem acessível, encerrado com tópicos e ferramentas dirigidas aos profissionais de saúde.

Mais do que um manual técnico, este livro é um convite à reflexão e à ação concreta em defesa do direito a viver, a amar e a desejar - com liberdade e dignidade - após uma lesão medular.

# ÍNDICE

01 Medicina Física e de Reabilitação .....	03
02 Psicologia e Saúde emocional .....	08
03 Enfermagem .....	14
04 Fisioterapia .....	19
05 Terapia Ocupacional, Produtos de Apoio e Adaptação Ambiental .....	23
06 Terapia da Fala e Comunicação .....	28
07 Nutrição e Sexualidade .....	33
08 Serviço Social .....	37
09 O Adolescente com Lesão Medular .....	40
10 Temas Transversais: Fertilidade, Diversidade Sexual e Assistência Sexual .....	44

# 01

## Medicina Física e de Reabilitação

A base médica da sexualidade após uma lesão medular - entender, avaliar e reabilitar



## Sexualidade: mais do que uma função física

A sexualidade é um aspeto central da identidade humana, integrando emoções, intimidade, prazer, vínculo e reprodução. A definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) vai muito além da genitalidade: abrange a forma como cada pessoa vive e exprime o seu desejo e a relação consigo e com os outros.

No contexto da lesão medular (LM), a sexualidade é frequentemente afetada, mas não desaparece. Pelo contrário, é uma das prioridades expressas pelas pessoas com lesão medular, a par da função urinária, intestinal e da mobilidade.

## Modelos de resposta sexual: o que pode ser afetado

### Master & Johnson

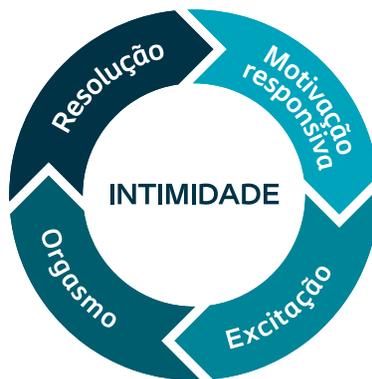


### Kaplan



### Basson (2002)

Modelo circular de resposta sexual feminina:



Estes modelos ajudam-nos a compreender como diferentes fases da resposta sexual podem ser interrompidas por uma lesão medular: a perda da ereção ou lubrificação, a ausência de ejaculação, a alteração da sensação genital, ou a quebra do desejo.

## Neurofisiologia sexual e impacto da Lesão Medular

A resposta sexual envolve:

- Sistema nervoso central e autónomo;
- Circuitos espinhais reflexos (T11-L2, S2-S4);
- Vias sensoriais e motoras periféricas.

A ereção pode ser:

- Reflexa (por estímulo genital direto) > preservada se S2-S4 estiver intacto;
- Psicogénica (por desejo ou estímulo visual) > possível se vias descendentes estiverem preservadas.

A ejaculação depende de segmentos dorso-lombares e o orgasmo é uma experiência multisensorial, frequentemente alterada, mas não eliminada. Nas mulheres, podem surgir alterações na lubrificação, na resposta orgásmica e no ciclo menstrual (temporariamente).

## Avaliação médica da função sexual

É importante perguntar aos doentes sobre suas preocupações e dúvidas, sem assumir que a ausência de perguntas significa ausência de problemas. Envolver o parceiro ou parceira também é crucial, uma vez que a sexualidade é uma experiência partilhada. Assim, a avaliação da disfunção sexual deve ser abrangente, empática e sistemática, incluindo:

- História clínica: desejo, lubrificação, ereção, orgasmo, satisfação, dor;
- Avaliação neurológica: nível da lesão, sensibilidade genital, reflexos;
- Avaliação hormonal, vascular e psicossocial;
- Questionários padronizados: IIEF, FSFI, SEP;
- A presença de disreflexia autonómica durante o ato sexual é um fator de risco importante em lesões acima de T6.



## Estratégias de reabilitação sexual

**Medidas gerais:**

- Educação sexual e desmistificação de mitos;
- Otimização da espasticidade, dor, disfunção vesical e intestinal;
- Adaptação de posições sexuais, uso de almofadas, gruas ou vibroestimuladores.



## Modelo PLISSIT



Este modelo demonstrou eficácia na melhoria da satisfação sexual e redução da ansiedade em pessoas com LM.

## Intervenções médicas e farmacológicas

As intervenções devem ser adaptadas ao tipo de disfunção:

### Disfunção erétil:

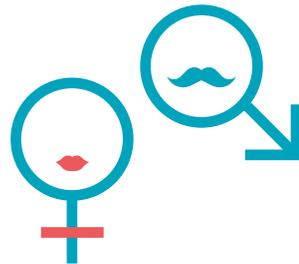
- Inibidores da PDE5 (ex. sildenafil, tadalafil > eficazes especialmente em lesões UMN);
- Injeções intracavernosas (alprostadil), anéis penianos, próteses, bombas de vácuo;
- A estimulação elétrica dos nervos genitais ou da espinal medula (neuromodulação epidural) está a ser estudada com resultados promissores em casos complexos.

### Ejaculação:

- Vibroestimulação peniana;
- Electroejaculação;
- Técnicas assistidas para fertilização.

### Disfunção sexual feminina:

- Lubrificantes à base de água;
- Estrogénios tópicos;
- Estímulos sensoriais alternativos.



Estudos recentes demonstram o potencial da estimulação elétrica espinal ou genital (ex. tSCS) na melhoria da excitação e orgasmo em mulheres com lesão medular.

## Fertilidade e contraceção

Mais de 90% dos homens com LM não ejaculam espontaneamente, mas têm produção de esperma viável. A vibroestimulação ou electroejaculação

permite a colheita para técnicas de procriação medicamente assistida. Nas mulheres, a fertilidade tende a manter-se, mas requer vigilância obstétrica especializada. A menstruação pode parar nos primeiros meses, mas tende a regressar. A escolha do método contraceptivo deve considerar o risco de trombose e a autonomia funcional.

## > Ferramentas para Profissionais de Saúde

### Avaliação médica inicial

Integrar sexualidade na anamnese e objetivos da reabilitação

Utilizar questionários validados (IIEF, FSFI)

Avaliar risco de disreflexia e comorbilidades

Tipo de lesão (completa/incompleta, nível)

Reflexo bulbocavernoso (presente/ausente)

Desejo sexual e objetivos da pessoa com LM

### Tratamento médico personalizado

Problema	Intervenção
Disfunção erétil	PDE5i (sildenafil, tadalafil), injeções intracavernosas (alprostadilo), próteses penianas
Lubrificação reduzida	Lubrificantes, estrogénios tópicos
Ejaculação ausente	Vibroestimulação, electroejaculação
Dor/espasticidade	Controlo farmacológico antes do ato sexual



02

## Psicologia e Saúde Emocional

A reconstrução da sexualidade começa na mente

## Sexualidade e identidade após uma lesão medular



Ao longo do tempo, diferentes autores abordaram a sexualidade sob perspectivas diversas. Hoje, a psicologia adota uma visão biopsicossocial, reconhecendo a sexualidade como experiência emocional, relacional e cultural, central para a identidade.

A lesão medular afeta não só o corpo e as funções físicas (ereção, ejaculação, lubrificação), mas também:

- A autoimagem e autoestima;
- A capacidade de intimidade e vínculo afetivo;
- O desejo sexual e a motivação erótica;
- A comunicação com o parceiro(a);
- Crenças limitantes sobre o corpo e o prazer.

Pode, assim, alterar profundamente a forma como a pessoa se vê, se sente e se relaciona com os outros. Para muitas pessoas, a sexualidade está intimamente ligada à autonomia, ao movimento, ao toque e à imagem corporal. Quando esses aspectos mudam, é normal haver dúvidas: “Serei ainda desejável?”, “Ainda sou um homem ou uma mulher sexualmente ativa?”.

Estas perguntas são comuns e legítimas. A reconstrução da identidade sexual passa por um processo emocional semelhante ao luto, mas é também uma oportunidade para (re)descobrir novas formas de prazer e intimidade.



### Emoções, desejos e medos: o que é normal sentir?

Após a lesão, é natural sentir um turbilhão de emoções – tristeza, raiva, medo da rejeição, vergonha, até culpa. Muitas pessoas evitam iniciar relações ou afastam-se dos seus parceiros por medo de “não corresponder”.

Outras sentem desejo sexual, mas não sabem como expressá-lo no “novo corpo”. Algumas pessoas referem até um aumento do desejo, como forma de reafirmação da vida. Não há uma reação única – cada pessoa vive a sexualidade de forma distinta.

Intervenções que combinam educação sexual, apoio emocional e terapia de casal têm mostrado melhorias significativas na autoestima sexual, satisfação relacional e redução de sintomas ansiosos.

## Relações e intimidade: (re)construir a dois

Para quem já está numa relação, a lesão medular pode trazer mudanças no equilíbrio do casal – novas dependências, mudanças nos papéis, medo de perder a intimidade. O silêncio e o tabu agravam a distância. Por outro lado, casais que comunicam abertamente e procuram soluções em conjunto tendem a adaptar-se melhor.

Para quem está solteiro, pode surgir a dúvida: “Quem me vai amar assim?”. A verdade é que a autenticidade, o humor, a inteligência e a empatia continuam a ser qualidades desejáveis – com ou sem lesão medular.

A Psicologia ajuda a criar espaços de escuta e exploração da intimidade, seja individualmente ou em grupo.

## Sexualidade como espaço de prazer, não de obrigação

Muitas pessoas com lesão medular dizem que o prazer sexual deixou de vir “do mesmo sítio”. Isso não significa que ele tenha desaparecido. O corpo pode aprender outras zonas erógenas, outras formas de toque e outras formas de orgasmo. O cérebro é o maior órgão sexual – e, após a lesão medular, continua perfeitamente intacto.

Recursos como a *Sexual Rehabilitation Framework* ou modelos educativos adaptados a pessoas com deficiência mostraram aumentar a autoeficácia sexual e a capacidade de comunicar desejos e limites.

## Intervenções psicológicas: o que funciona?

Programas bem estruturados – com sessões educativas, exercícios de imagem corporal, estratégias de mindfulness e treino de comunicação – têm demonstrado efeitos positivos sustentados:

- Redução de ansiedade e depressão relacionadas com sexualidade;
- Melhoria da autoimagem e da satisfação sexual;
- Reforço da ligação afetiva em casais.



### São eixos da intervenção psicológica:

- Avaliação psicológica aprofundada – incluindo aspetos cognitivos, afetivos, comportamentais, identidade e história sexual;
- Processamento emocional e aceitação – apoio no luto pela função sexual perdida e integração da nova realidade;
- Reestruturação da autoestima e imagem corporal – desconstrução de pensamentos disfuncionais (“ninguém me vai querer assim”);
- Psicoeducação sobre sexualidade pós-lesão – informação objetiva sobre fisiologia, zonas erógenas alternativas, dispositivos de apoio;
- Exploração de novas formas de prazer – estímulo ao erotismo sensorial, toque, criatividade;

- Intervenção com o casal – desconstrução da “conspiração do silêncio”, validação emocional, comunicação erótica;
- Redefinição de papéis – do papel de cuidador(a) ao de parceiro(a) íntimo;
- Apoio à diversidade – integração de experiências não normativas e de pessoas LGBTQIA+.

## Modalidades terapêuticas

- Psicoeducação individual ou de casal focada na sexualidade pós-lesão;
- Psicoterapia breve centrada no prazer e na autoeficácia;
- Terapia de casal / sexual;
- Grupos psicoterapêuticos com pessoas com lesão medular.

## Exercícios terapêuticos recomendados:

- Mapa do corpo erógeno pós-lesão;
- Trabalho com espelho para reconstrução da imagem corporal;
- Guiões de *role-play* para conversas íntimas e consentimento.

## > Ferramentas para Profissionais de Saúde

Abaixo encontram-se estratégias para uma abordagem precoce, empática e não constrangedora da sexualidade em contexto de reabilitação pós-lesão medular, organizadas por grupo profissional:

### Médicos e Enfermeiros

Incluir perguntas abertas e neutras como: “Tem alguma preocupação na sua vida íntima desde a lesão?”

Observar reações emocionais ao abordar funções corporais sensíveis (controlo de esfíncteres, fertilidade, ereção/lubrificação)

Detetar sinais de retraimento ou alterações no humor que possam mascarar sofrimento ligado à sexualidade ou autoestima

Validar a importância do tema com normalização e empatia: “É natural que surjam dúvidas ou receios nesse campo... como é que o(a) poderia ajudar?”

Encaminhar sempre que o tema surja ou haja sofrimento implícito

## Fisioterapeutas

Observar reações ao trabalhar zonas sensíveis (região inguinal, abdómen inferior, nádegas), mesmo sem verbalização explícita

Fazer perguntas abertas durante o treino físico: “Como sente o seu corpo nestes movimentos no dia-a-dia?”

Estar atento a sinais de vergonha, evitamento ou comentários autodepreciativos (“não presto para nada”, “isso agora acabou”)

Incentivar a pessoa com LM a definir objetivos motores que incluam relações pessoais e não apenas mobilidade

Fomentar a confiança corporal como preparação para o contacto íntimo

Referenciar quando existam sinais persistentes de sofrimento ligados à imagem corporal

## Terapeutas Ocupacionais

Observar alterações nas rotinas de autocuidado íntimo (evita despir-se, higiene negligenciada)

Detetar evitamento de atividades ligadas ao corpo (recusa de usar espelhos, evitar toque, desconforto ao falar do corpo)

Integrar perguntas discretas e funcionais: “Há algo que dificulte os momentos de proximidade ou contacto físico?”

Usar momentos de tarefas terapêuticas para conversas informais, promovendo a expressão espontânea de frustrações

Explorar o que mudou na rotina afetiva e validar a sexualidade como parte da ocupação diária

Escutar frases de resignação (“isso já não é para mim”) como sinal de sofrimento não verbalizado

## Terapeutas da Fala

Estimular a expressão afetiva: “Como tem sido expressar carinho e/ou intimidade com o seu parceiro?”

Usar metáforas, cartões de emoções ou histórias simbólicas para facilitar o discurso sobre o corpo e a intimidade

Ajudar a formular frases para comunicar limites, desejos ou dúvidas, sobretudo em casos de afasia

Estar atento à linguagem autodepreciativa: “Já não sirvo para nada”, “Sou um peso na relação”

Aproveitar momentos espontâneos da interação para aprofundar temas de vínculo emocional

## Assistentes Sociais

Identificar situações de vulnerabilidade relacional e afetiva

Explorar sinais de isolamento social, quebra de vínculos, ou alterações no contexto conjugal: “As coisas mudaram lá em casa... o meu parceiro afastou-se.”

Sinalizar e encorajar a procura de apoio especializado em saúde mental, sexualidade e apoio familiar





03

## Enfermagem

Cuidar da sexualidade  
com dignidade e segurança

## O cuidado íntimo começa com respeito

Para muitas pessoas com lesão medular, a sexualidade depende, em parte, da colaboração de outras pessoas nos cuidados diários – seja para higiene, posicionamento, ou apoio à mobilidade. Estas interações, apesar de necessárias e rotineiras, podem ser constrangedoras, gerar sentimentos de inferioridade e menos-valia. O papel da enfermagem, neste contexto, é central: prestar cuidados técnicos com competência e, simultaneamente, garantir que a pessoa se sinta respeitada, segura e reconhecida como ser sexual. Isso implica uma atitude de escuta, empatia e ausência de julgamentos.

## Sexualidade no plano de cuidados

O esclarecimento e aconselhamento honesto na educação contribui para a preparação e reeducação sexual da pessoa com lesão medular para o ato sexual. Reconhecer a sexualidade como parte do bem-estar e integrá-la nas avaliações e intervenções de enfermagem pode fazer toda a diferença. Neste processo, é de extrema importância a inclusão da família/parceiro/cuidadores. As seguintes questões poderão ajudar a introduzir o tema:

- “Sente-se à vontade para falar comigo sobre a sua vida íntima?”;
- “A sua lesão afetou a forma como se sente em relação ao seu corpo?”;
- “Tem dúvidas ou preocupações sobre a sua sexualidade?”.

A intervenção do enfermeiro inicia-se de forma indireta quando aborda o programa de reeducação vesical e intestinal.

## Cuidados a ter com o treino intestinal e regime vesical

A incontinência intestinal e vesical podem inibir o prazer, se houver perda de urina ou fezes e odores indesejáveis durante o ato sexual. Para evitar situações embaraçosas, o casal deve ter presente que pode ser necessário realizar algumas etapas prévias e pós o ato sexual:

- Diminuir a ingestão de líquidos de forma a evitar perdas de urina durante o ato;
- É recomendável que o paciente esvazie a bexiga através de micção ou através de cateterismo, para reduzir o risco de infeção urinária, desconforto ou acidentes;
- É recomendável que o doente verifique a ampola rectal através do toque rectal e, se necessário, esvazie o intestino antes do ato sexual.



## Disreflexia autonómica e segurança nas atividades sexuais

A disreflexia autonómica é uma reação potencialmente grave que pode ocorrer nas lesões medulares com nível neurológico de lesão acima de T6, quando há um estímulo habitualmente algíco abaixo do nível de lesão – como o toque genital, fricção, distensão vesical ou intestinal. O indivíduo com lesão medular e o parceiro devem estar atentos a sinais de alerta (como dor de cabeça, visão turva, suor intenso, rubor acima da linha mamária, palpitações e desconforto geral) e interromper a atividade se esses sintomas surgirem. Desta forma, à semelhança da educação acerca de outros cuidados juntos dos doentes e familiares pela equipa de enfermagem, também a disreflexia autonómica deverá ser abordada nos casos de risco, assim como as estratégias para a prevenir:

- Posicionamento adequado: escolher posições que minimizem o risco de lesões da pele, e desconfortos;
- Higiene íntima: manter a higiene genital adequada antes do ato, para evitar infeções e proporcionar sensação de conforto;
- Esvaziar a bexiga antes da atividade sexual e garantir um treino intestinal eficaz;
- Uso de lubrificantes e dispositivos auxiliares: uma vez que a sensibilidade pode estar alterada, o uso de lubrificantes pode evitar desconforto e facilitar o ato;
- Promover uma comunicação aberta: o diálogo entre o paciente e o parceiro sobre preferências, limitações e receios é fundamental para uma experiência satisfatória.

### O que fazer em caso de disreflexia autonómica?

- Sentar imediatamente: coloque a pessoa em posição sentada para ajudar a reduzir a tensão arterial;
- Remova roupas apertadas: retire cintos, roupas (incluindo meias elásticas e cinta abdominal) e acessórios que possam causar desconforto;
- Verifique e corrija a possível causa desencadeante (habitualmente, relacionada com a bexiga): verifique se a algália está a drenar e a tubuladura não se encontra dobrada; realize um cateterismo, caso não esteja algaliado; verifique e remova fezes da ampola rectal; procure rapidamente possíveis estímulos irritativos, roupas apertadas, feridas ou dispositivos;
- Avalie os sinais vitais: avalie a tensão arterial e a pulsação;
- Administre medicação se prescrita: caso tenha medicação em SOS prescrita para o efeito;
- Se os sintomas se mantiverem, procure ajuda médica urgente.



## Enfermagem e promoção da autonomia

A par da prestação habitual de cuidados (autonomia nas atividades básicas de vida diária, treino vesical e intestinal), a equipa de enfermagem poderá promover a sexualidade junto de pessoas com lesão medular da seguinte forma:

- Ajudar a identificar formas de manter a intimidade no quotidiano;
- Estimular o uso de produtos de apoio (almofadas, espelhos, produtos de higiene);
- Encorajar a pessoa a explorar o corpo com novas estratégias de toque e prazer.

O cuidado centrado na pessoa inclui validar os desejos e promover a expressão da sexualidade de forma segura, saudável e consentida. Incluir a pessoa nas escolhas sobre seu plano de cuidados e metas de reabilitação é de extrema importância para a promoção da sua autonomia.

## Cuidados a ter após o ato sexual

- Higienização adequada: a limpeza genital deve ser feita cuidadosamente para evitar infeções urinárias e vaginais, que são mais frequentes em pessoas com lesão medular;
- Eliminação urinária: após o ato sexual, é recomendado urinar ou esvaziar a bexiga, para evitar infeções urinárias;
- Observar a existência de lesões: verificar se existe algum desconforto, dor, irritação ou lesões na região genital que possa necessitar de cuidados médicos;
- Suporte emocional: conversar sobre a experiência e estar atento a questões emocionais, ansiedade ou receios que possam surgir;
- Se o prestador de cuidados é o(a) parceiro(a), a fonte de afetos, e se isso inibe o desejo sexual, deve delegar esses cuidados a terceira pessoa.



## > Ferramentas para Profissionais de Saúde

### Integração da sexualidade no plano de cuidados

Incluir objetivos ligados à intimidade e bem-estar sexual

Criar um ambiente seguro e confortável, que facilite a partilha

Educar, instruir e treinar o doente e a família/cuidadores

Articular com a equipa multidisciplinar quando necessário (médico, psicólogo, terapeuta ocupacional)

### Estratégias de comunicação respeitosa

Usar linguagem neutra e inclusiva

Validar sentimentos e assumir uma escuta ativa;

Evitar suposições (“Ele/ela não se interessa por isso”) e julgamentos

Fornecer informação clara e acessível

Focar nas capacidades de forma fortalecer a autoestima e motivar o processo de reabilitação

Incluir a pessoa nas escolhas sobre seu plano de cuidados e metas de reabilitação

### Checklist de segurança para atividade sexual

Avaliação do risco de disreflexia (nível da lesão, antecedentes)

Prevenção de lesões (ensino de posicionamento, cuidados de higiene íntima, recomendação lubrificantes)

Bexiga e intestino esvaziados antes da atividade

Cuidados a ter após o ato sexual

A female physiotherapist with short blonde hair, wearing a blue uniform, is shown in profile, looking down at a patient's hand. The patient has long brown hair and is wearing a pink top. The background is a bright, clinical setting with white walls and a window with blinds.

04

## Fisioterapia

Movimento, corpo e sexualidade:  
um reencontro possível

## O corpo que se move, o corpo que deseja

A sexualidade é uma experiência sensorial, emocional e corporal. Após uma lesão medular, podem ocorrer:

- Perda de sensibilidade em zonas abaixo da lesão;
- Espasticidade ou flacidez muscular;
- Redução de amplitude de movimento e da flexibilidade;
- Alterações no controlo postural e do equilíbrio.



Para muitas pessoas com lesão medular, a limitação de movimento, as alterações posturais e as alterações sensoriais interferem diretamente com a experiência sexual. A fisioterapia, ao promover a mobilidade, a segurança e a percepção corporal, é um facilitador direto da autonomia sexual e do relacionamento íntimo com os outros. O movimento é mais do que função: é expressão, prazer e relação.

## Como é que a fisioterapia pode ajudar na sexualidade?

A fisioterapia contribui de várias formas para a vivência sexual ativa e segura:

- Melhoria da mobilidade: ajuda a pessoa a assumir e manter posições mais confortáveis durante a intimidade, tal como se treina um movimento para transferências ou marcha; as técnicas de mobilização e alongamentos são fundamentais;
- Treino de equilíbrio de tronco e controlo postural: essencial para relações sexuais mais autónomas e com menos esforço;
- Controlo da espasticidade: muitas pessoas com lesão medular relatam que a espasticidade interfere com o prazer e com o conforto durante o ato sexual; os alongamentos estáticos prolongados, verticalização e a mobilização com técnicas anti-espásticas são essenciais;
- Fortalecimento muscular: aumenta a resistência física e o bem-estar geral, o que favorece o desejo sexual;
- Exploração corporal positiva: recuperar a confiança no corpo e o prazer no movimento; explorar novas zonas erógenas e desenvolver uma percepção corporal positiva;
- Melhoria da auto-estima: o movimento está intimamente ligado à percepção de competência, beleza e sensualidade; reabilitar o corpo também significa recuperar a capacidade de “gostar dele”, de se sentir confiante e de se mostrar - a fisioterapia pode ser um espaço seguro para esse reencontro - não apenas com o que o corpo faz, mas com o que o corpo é.

## Intervenções e estratégias

### Posições sexuais seguras e adaptadas

Cada corpo tem necessidades diferentes. A fisioterapia pode ajudar a identificar:

- Posições que respeitam a estabilidade pélvica, a integridade articular e a mobilidade disponível;

- Utilização de ajudas técnicas para conforto e segurança;
- Adaptação de cadeiras (de rodas ou de banho), camas articuladas, e acessórios.

### **Exemplos frequentes de posições adaptadas:**

- Decúbito lateral (tipo “conchinha”) – com apoio de almofadas;
- Sentado no colo do parceiro(a) – com apoio lombar e estabilização da bacia;
- Posições semi-reclinadas – na cadeira de rodas, com suporte dorsal e rodas anti-volteio.



A cadeira de rodas pode ser utilizada com segurança, desde que:

- Esteja travada;
- Encostada a uma parede ou com proteção anti-volteio;
- Adaptada com almofadas ou cintas de estabilização.

### **Prevenção de lesões músculo-esqueléticas**

Pessoas com lesão medular apresentam um maior risco de lesões por sobreuso, traumatismos (pelas alterações da sensibilidade e do tônus muscular) e de fraturas (pela perda de massa óssea). Cuidados essenciais:

- Suporte adequado dos membros com almofadas e cunhas;
- Evitar movimentos de torção brusca ou forçados;
- Garantir que o posicionamento é confortável e seguro para ambos os parceiros.

### **Espasticidade, mobilidade e posicionamento**

A espasticidade pode ser agravada por:

- Estímulos táteis intensos;
- Posições mantidas por muito tempo;
- Temperaturas extremas ou stress emocional;
- Intercorrências infecciosas.

### **Estratégias para controlo da espasticidade:**

- Cumprimento do plano farmacológico prescrito;
- Alongamentos suaves antes da atividade sexual;
- Ambiente calmo e com temperatura confortável;
- Aplicação de calor superficial (quando indicado).

## Risco cutâneo e prevenção de lesões

Orientações práticas:

- Verificar a pele antes e depois da atividade sexual;
- Evitar superfícies rugosas ou molhadas;
- Lubrificar zonas de atrito;
- Garantir boa fixação de sondas/cateteres;
- Usar almofadas, rolos ou cunhas para redistribuição da pressão.

## > Ferramentas para Profissionais de Saúde

### Objetivos funcionais com impacto na sexualidade

Treino de mobilidade

Controlo da espasticidade

Prevenção de lesões cutâneas e musculoesqueléticas

Exploração e treino de posições funcionais e seguras

### Protocolos e exercícios

Treino de força e resistência (ex. abdominais, pavimento pélvico) e reforço de membros superiores, para apoio em decúbito lateral

Alongamentos específicos para membros inferiores (adutores, isquiotibiais)

Treino de transferência autónoma para cama e superfícies baixas

Treino de rotação de tronco, elevação pélvica, estabilidade em sedestação

Tolerância ao posicionamento prolongado em decúbito ventral ou lateral

Controlo postural em sedestação sem apoio de costas

Treino com simulação de posicionamento para atividade sexual (ex. com almofadas, planos inclinados); apoio com rolos/almofadas, controlo de carga, técnicas de posicionamento seguro

Trabalho com feedback sensorial e exploração de zonas erógenas preservadas

Trabalhar com outras áreas (Terapia Ocupacional, Enfermagem) na adaptação do ambiente

# 05

## Terapia Ocupacional, Produtos de Apoio e Adaptação Ambiental

Autonomia para viver a sexualidade  
de forma ativa e criativa



## A sexualidade como ocupação essencial

A sexualidade é reconhecida como uma atividade básica de vida diária, integradora da identidade, expressão emocional, bem-estar e qualidade de vida. A Terapia Ocupacional tem um papel central na promoção da autonomia sexual, pela sua intervenção sobre a pessoa, a tarefa e o ambiente, oferecendo soluções práticas e criativas.

## Avaliação ocupacional centrada na sexualidade

**A abordagem da Terapia Ocupacional deve ser estruturada, avaliando fatores:**

- Físicos: mobilidade, sensibilidade, controlo postural;
- Cognitivos e emocionais: motivação, autoestima, desejo, crenças;
- Ambientais: privacidade, acessibilidade, conforto;
- Ocupacionais: rotinas de autocuidado, relação com o corpo e com o outro.

**A avaliação das competências sexuais funcionais pode incluir:**

- Mobilidade necessária para atingir determinadas posições;
- Capacidade de manipular objetos (preservativos, lubrificantes, ajudas técnicas);
- Gestão de espasticidade ou dor;
- Tolerância à posição prolongada;
- Comunicação de desejos, limites e consentimento.

**A entrevista ocupacional pode integrar questões abertas como:**

- “A sexualidade é importante para si, neste momento?”;
- “Há algo que gostaria de conseguir fazer relacionado com a sua intimidade?”;
- “Sente que precisa de ajuda para adaptar o ambiente ou o corpo?”.

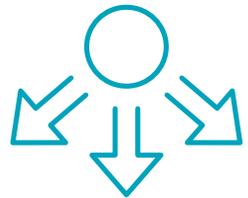
## Intervenções em Terapia Ocupacional

**Intervenções centradas na pessoa**

- Treino funcional de capacidades motoras e cognitivas;
- Desenvolvimento de competências comunicacionais e afetivas;
- Educação sexual sobre recursos e estratégias de prazer.

**Intervenções centradas na ocupação**

- Adaptação de tarefas (ex. higiene íntima, posicionamento);
- Planeamento de rotinas que integrem tempo para a intimidade;
- Apoio na utilização de produtos de apoio.

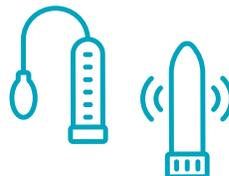


## Intervenções centradas no ambiente

- Modificações ambientais (ex. cama articulada, acessibilidade);
- Aconselhamento sobre privacidade, conforto e segurança;
- Envolvimento dos cuidadores no apoio à autonomia íntima.

## Produtos de apoio e criatividade adaptativa

A Terapia Ocupacional é responsável por avaliar, adaptar e treinar o uso de dispositivos sexuais adaptados. Existem múltiplos dispositivos e produtos de apoio que facilitam a vivência sexual de forma autónoma:



### Posicionamento

- Almofadas de cunha, sistemas de suspensão, cintas de apoio, rolos firmes, talas de abdução adaptadas;
- Utilização de cama articulada, cadeira de rodas ou grua, como apoio;
- Adaptação de lençóis, travesseiros, ou mobiliário para conforto e acesso;
- Tiras de apoio para manter membros em posição;
- Têxteis de fricção reduzida para facilitar movimentos;
- Técnicas de transferência adaptadas à intimidade.

### Dispositivos de estimulação

- Vibradores adaptados para uso com uma só mão ou sem mãos;
- Dildos com base de fixação para utilização sem apreensão;
- Estimuladores com controle remoto ou por aplicação;
- Dispositivos de sucção clitoriana ou de estimulação prostática;
- Simuladores de penetração com design ergonómico e de encaixe.

Estas ajudas são particularmente úteis em lesões que cursam com défice de motricidade fina.

### Sistemas “mãos livres” e strap-ons

- Fixação em cadeira, coxa, pélvis ou cabeça;
- Kits com ventosas, suportes de superfície e comandos simplificados.

### Produtos de apoio (exemplos):

- Ferticare® (vibrador clínico para indução ejaculatória);
- Almofadas Liberator® (apoio posicional com espuma firme);
- Pulse® (dispositivo de vibração sem necessidade de ereção);
- Easy Rider™ (arnês de apoio lombar/pélvico).

## Estratégias sensoriais e mapa corporal

A Terapia Ocupacional pode guiar a redescoberta sensorial através de:

- Estimulação de zonas erógenas secundárias;
- Exploração de diferentes objetos, texturas ou temperaturas;
- Toque, vibração, temperatura, som, odores e imaginação;
- Exercício prático: mapa corporal de zonas sensíveis e desejadas.

## Adaptação para alterações motoras

Pessoas com tetraplegia ou limitação de preensão podem beneficiar de:

- Ortóteses com fixadores de dispositivos;
- Cabos longos e manipuladores ergonómicos;
- Dispositivos com fixação em membros ou superfícies.

A Terapia Ocupacional pode ainda adaptar produtos comuns (ex. escovas elétricas, vibromassajadores) para uso sexual com segurança.

## Recursos para a função sexual

### Disfunção erétil/ejaculatória:

- Bombas de vácuo penianas, anéis de constrição;
- Vibroestimuladores penianos ou prostáticos (ex. Ferticare®, Viberect®).

### Disfunção vaginal:

- Lubrificantes à base de água;
- Bombas de vácuo vaginais manuais ou elétricas;
- Estimuladores com diferentes texturas e intensidades.

A seleção deve considerar o nível neurológico da lesão, o objetivo (prazer, fertilidade) e as preferências da pessoa.

## Acessibilidade digital e comunicação

As tecnologias da informação e comunicação ampliam a expressão sexual:

- Aplicações de controlo remoto de dispositivos;
- Sistemas de comunicação aumentativa para consentimento e desejo;
- Plataformas de educação sexual acessível;
- Comunidades online inclusivas para partilha de experiências.

## > Ferramentas para Profissionais de Saúde

### Avaliação por Terapia Ocupacional em sexualidade

Escala de prioridade ocupacional: incluir a intimidade entre os objetivos

Entrevista ocupacional centrada no corpo, intimidade e desejo

Checklist funcional para atividades sexuais (mobilidade, manipulação, posicionamento)

Observação de padrões de evitamento ou vergonha corporal

Exploração das rotinas afetivas no domicílio

### Intervenção prática

Treino funcional com objetivos íntimos (posicionamento, prensão, relaxamento)

Educação para novas formas de prazer e toque

Adaptação de produtos e treino de uso com segurança e conforto

### Dispositivos e adaptações úteis

Tipo	Exemplos
Posicionamento	Almofadas, cintas, grua, cama articulada
Estimulação	Vibradores adaptados, dildos fixos, dispositivos de sucção
Comunicação	Sistemas de comunicação aumentativa, quadros simbólicos, expressões pré-definidas
Dor/espasticidade	Controlo farmacológico antes do ato sexual
Tecnologia	Plataformas educativas acessíveis, controlo remoto de dispositivos



06

## Terapia da Fala e comunicação

Falar de desejo, consentimento  
e intimidade – mesmo sem palavras

## Introdução: da função à expressão íntima

A Terapia da Fala tem vindo a expandir o seu campo de atuação, incluindo a comunicação emocional, afetiva e íntima. A sexualidade não é apenas feita de contacto físico – é também troca de palavras, olhares, gestos e intenções. A comunicação é a ponte que liga o desejo à realidade partilhada com o outro.

Em pessoas com lesão medular podem surgir alterações nos subsistemas respiratório, fonatório e orofacial, com impacto direto na fala, na expressão não verbal e, conseqüentemente, na vivência da sexualidade. As lesões medulares, dependendo do nível, gravidade, complicações e contexto (por exemplo, cirurgia via anterior, entubação prévia) podem afetar:

- A voz (tensa, rouca, hipofuncional);
- A coordenação respiratória para fala;
- A modulação emocional e prosódica da linguagem;
- A espontaneidade e reciprocidade na intimidade verbal e não verbal.

Estes fatores interferem na forma como o indivíduo expressa desejo, afeto, consentimento ou desconforto em contexto íntimo.

## Consentimento e expressão de limites

Um dos pilares da sexualidade saudável é o consentimento: a capacidade de dizer “sim”, “não” ou “ainda não”, de forma clara e respeitada. Quando a comunicação verbal está comprometida (por exemplo, em pessoas com ventilação assistida ou alterações da fala/linguagem), torna-se ainda mais importante garantir que existem meios alternativos para comunicar limites e desejos.

## Intervenção terapêutica na expressão/comunicação

**A Terapia da Fala atua sobre:**

- Exercícios respiratórios (controlo do fluxo aéreo, suporte frásico);
- Treino fonatório (projeção vocal, extensão frásica);
- Coordenação pneumofonoarticulatória (coordenação entre respiração, articulação e entoação);
- Treino de expressividade facial e corporal;
- *Role-playing* para abordar temas íntimos com menos ansiedade;
- Trabalho de leitura e resposta a sinais emocionais não verbais (ex. microexpressões, ritmo respiratório, olhar).

Em casos com limitações motoras ou orais, a Terapia da Fala avalia, adapta e treina o uso de ferramentas como quadros de comunicação, gestos convencionados ou sistemas eletrónicos de voz podem ser utilizados para facilitar a comunicação:

### **Tecnologias de baixa complexidade:**

- Quadros de pictogramas afetivos;
- Alfabetos por apontamento ocular ou gestos codificados;
- Sinais convencionados para expressar consentimento ou recusa.

### **Tecnologias de alta complexidade:**

- Dispositivos com *eye-tracking* + voz sintetizada;
- *Voice banking* (banco de voz pessoal);
- Aplicações com vocabulário emocional e sexual adaptado;
- Interfaces domóticas para criar ambiente íntimo controlado.

Estas soluções garantem expressão autónoma do desejo e do consentimento, com segurança, dignidade e personalização.

## **Pessoas não verbais: comunicar prazer e desejo**

Pessoas que não falam – por alterações neuromotoras, ventilação mecânica, afasia ou outras condições – têm direito à expressão sexual e afetiva como qualquer outra. A comunicação aumentativa e alternativa oferece soluções práticas para expressar:

- Desejo e interesse sexual;
- Limites físicos ou emocionais;
- Preferências sensoriais ou posicionais;
- Consentimento explícito.

Modelos visuais, *software* com pictogramas ou dispositivos com *output* vocal são cada vez mais acessíveis e podem ser adaptados ao contexto íntimo com discrição e eficácia.

### **Tecnologia útil:**

- Proloquo2Go® ou Grid 3® – *softwares* com vocabulário sexual e emocional;
- Botões adaptativos – dispositivos de resposta (sim/não) com toque mínimo;
- Cartões visuais – com imagens adaptadas à maturidade e privacidade do utilizado.

## **Comunicação em casais após a lesão**

Casais que já estavam juntos antes da lesão podem sentir dificuldades acrescidas na comunicação íntima. Alterações de rotina, novos papéis (ex. cuidador/cuidador) e silêncios em torno do desejo geram distanciamento emocional.

A Terapia da Fala pode ajudar:

- A identificar padrões de comunicação ineficazes;
- A criar espaço para partilhar fantasias, preocupações e vontades;
- A restaurar a confiança comunicacional num plano afetivo e erótico.





## Outros problemas para além das alterações da comunicação

Outros problemas que poderão estar presentes em pessoas com lesão medular são abordados também por Terapia da Fala, nomeadamente:

### **Disfunções orofaciais e intimidade:**

Lesões associadas a lesão medular podem causar:

- Disfunção temporomandibular;
- Rigidez cervical;
- Fadiga da musculatura orofacial.

Impacto:

- Evição de práticas como beijos, carícias orais ou expressões faciais;
- Redução da autoimagem erótica e da espontaneidade sexual.

Intervenção:

- Relaxamento miofuncional;
- Alongamentos e mobilizações orofaciais;
- Reeducação proprioceptiva e expressividade facial.

### **Disfagia e xerostomia**

Disfagia:

- Afeta o prazer de comer e a interação social em torno da refeição;
- Pode gerar insegurança ou retraimento.

Xerostomia (boca seca):

- Desconforto em carícias orais, beijos ou durante a fala íntima;
- Redução da fluidez na comunicação emocional.

Estratégias:

- Estímulo da produção salivar;
- Hidratação e higiene oral;
- Uso de saliva artificial;
- Técnicas de articulação compensatória em contextos íntimos.

## > Ferramentas para Profissionais de Saúde

### Avaliação por Terapia da Fala

Alterações da deglutição

Disfunções orofaciais

Xerostomia

Capacidade respiratória e frásica

Capacidade de comunicação verbal e não verbal

Expressividade afetiva e sinais de evitamento ou vergonha

### Intervenções terapêuticas

Disfagia: Motricidade e fortalecimento estruturas orofaciais, treino directo e indirecto da deglutição, estratégias compensatórias

Xerostomia: Hidratação, higiene oral e técnicas compensatórias de articulação

Disfunções orofaciais Técnicas de relaxamento, fortalecimento e mobilidade

Voz: Treino fonatório, modulação prosódica, extensão frásica

Respiração: Coordenação pneumofonoarticulatória, treino diafragmático

Comunicação afectiva: *Role-play*, metáforas, quadros emocionais, treino de vocabulário afetivo (oral ou com sistemas aumentativos); em casal: *Role-play*, treino de escuta ativa e resposta empática; não verbal: exploração de sons, expressões faciais, contacto ocular, treino simbólico

Sistema aumentativos da comunicação: Avaliação, seleção e treino de quadros/tabelas de comunicação, aplicações ou sistemas com *eye-tracking*

# 07

## Nutrição e sexualidade

Alimentação, metabolismo  
e o prazer de viver com saúde



## Nutrição e sexualidade

A nutrição está profundamente ligada à vivência sexual, influenciando:

- A imagem corporal e autoestima;
- A percepção do corpo, a confiança na intimidade e motivação para o contacto físico;
- A função hormonal e reprodutiva;
- A circulação periférica e vascularização genital;
- Os níveis de energia, desejo e bem-estar geral.

Após uma lesão medular, o metabolismo altera-se significativamente: há tendência para aumento da gordura corporal, perda de massa muscular e maior risco cardiovascular – tudo isto com impacto direto na função sexual.



## Peso corporal e autoestima

A lesão medular pode provocar alterações significativas no peso, na distribuição da gordura corporal e na percepção do próprio corpo. Muitas pessoas sentem-se desmotivadas para cuidar da alimentação ou têm uma relação ambivalente com o corpo que já não controlam como antes. A Nutrição pode ajudar a recuperar uma relação positiva com a alimentação, orientando para escolhas conscientes, prazerosas e compatíveis com a nova realidade física – sem culpas nem restrições inúteis.

## Alterações metabólicas após lesão medular

Indivíduos com lesão medular apresentam maior risco de:

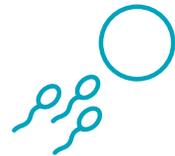
- Aumento da gordura visceral e perda de massa muscular sublesional;
- Resistência à insulina e complicações metabólicas;
- Baixos níveis de testosterona;
- Alterações da imagem corporal.

Estes fatores têm impacto negativo na fertilidade, na função sexual e na autoestima.

## Nutrição e fertilidade

Embora os estudos em doentes com lesão medular sejam escassos, sabe-se que:

- Obesidade e baixo peso reduzem a fertilidade em ambos os sexos;
- Certos micronutrientes (ácido fólico, zinco, selénio, ferro, iodo, vitamina D) são essenciais para a qualidade dos gâmetas, regulação hormonal e redução do stress oxidativo;
- Nos homens, deficiências em zinco, selénio, vitamina E e ácidos gordos ómega-3 podem comprometer a qualidade do espermatozoides;



- Nas mulheres, o excesso de peso pode afetar o ciclo ovulatório e os níveis hormonais.

A dieta pode ajudar a modular o eixo hipotálamo-hipófise-gónadas, importante para manter níveis hormonais adequados, mesmo em pessoas com lesão medular.

## Circulação e função sexual: o papel da dieta

A ereção, a lubrificação vaginal e a sensibilidade genital dependem de uma boa irrigação sanguínea. Dietas ricas em gordura saturada, sal ou açúcar contribuem para a aterosclerose e dificultam o fluxo sanguíneo periférico. Pelo contrário, padrões alimentares tipo dieta mediterrânica (rica em vegetais, azeite, fruta, peixe, leguminosas e frutos secos) estão associados a melhor função sexual em populações com lesão medular.

Certos alimentos promovem a produção de óxido nítrico, um vasodilatador natural importante para a função erétil e presente em alimentos como a beterraba, espinafres, romã, citrinos, frutos vermelhos, chocolate negro.

## Alimentar o desejo de viver

Comer bem não é só uma questão de saúde – é um ato de prazer, autocuidado e dignidade. A nutrição também é uma forma de recuperar o controlo, o prazer e a energia para viver plenamente, incluindo a vida sexual. Programas de educação alimentar dirigidos a pessoas com lesão medular, integrados com os objetivos da reabilitação sexual, demonstraram melhorias na autoestima e na motivação para a participação ativa na intimidade.

## Intervenções dietéticas

Intervenções nutricionais devem integrar estratégias para reforçar a autoestima, o prazer alimentar consciente e o equilíbrio emocional, ajudando a pessoa a reencontrar-se com o seu corpo como fonte de prazer e não de frustração. A dieta mediterrânica continua a ser o padrão alimentar mais protetor para a fertilidade:

- Baseada em vegetais frescos, cereais integrais, leguminosas, fruta e azeite;
- Com consumo moderado de peixe, lacticínios e carnes brancas;
- Com baixo consumo de carnes vermelhas e produtos processados.

Estudos apontam para melhoria da fertilidade, função sexual e saúde cardiovascular associada a este padrão alimentar.

Devem ser limitados alimentos que afetam negativamente a fertilidade e função sexual:

- Carnes processadas, enchidos e charcutaria;
- Bebidas açucaradas e alimentos com elevado índice glicémico;



- Gorduras saturadas e trans (natas, fritos, fast food, pastelaria);
  - Consumo excessivo de cafeína, álcool ou drogas recreativas.
- Estes fatores aumentam a inflamação sistêmica, reduzem os níveis hormonais e pioram a composição corporal.

## > Ferramentas para Profissionais de Saúde

### Estratégias de intervenção

Avaliação do padrão alimentar e do peso corporal com foco em autoestima e bem-estar

Envolvimento da pessoa na definição de objetivos: “Comer para me sentir mais eu”

Percepção da imagem corporal e impacto na intimidade

Elaboração de um plano alimentar que respeite preferências, capacidades de preparação e realidade social

### Abordagem motivacional

“Como se sente em relação ao seu corpo neste momento?”

“Há alimentos que lhe trazem prazer e conforto?”

“Gostava de explorar formas de comer melhor para se sentir com mais energia?”

### Intervenções dietéticas práticas

Melhorar fertilidade: dieta mediterrânea rica em ômega-3 (peixes gordos, sementes de linhaça, nozes) e antioxidantes (frutos vermelhos, chá verde, vegetais coloridos)

Reduzir inflamação: evitar alimentos processados e açúcares simples

Aumentar desejo sexual: garantir aporte de zinco (ostras, carne, frutos oleaginosos), selênio (Castanha-do-Brasil, sementes, peixe) e vitamina D

08

## Serviço Social

Direitos, dignidade e projetos de vida com liberdade sexual



## Sexualidade como direito, não como privilégio

A sociedade tende a dessexualizar pessoas com deficiência. Muitos adultos com lesão medular referem sentir-se “invisíveis”, enquanto seres desejáveis – excluídos do discurso social sobre amor, prazer ou família. O Serviço Social pode atuar como mediador institucional e social, promovendo:

- O reconhecimento do desejo e da intimidade como parte da reabilitação;
- O combate ao estigma social e institucional;
- Reconhecimento da diversidade afetiva e sexual (LGBTQIA+);
- O acesso a espaços seguros e privados;
- A articulação com recursos comunitários (residência autónoma, apoio domiciliário, associações de pares) - respostas sociais existentes disponíveis para consulta: [www.cartasocial.pt](http://www.cartasocial.pt).

Assim, o Serviço Social atua para garantir o exercício desses direitos na prática, devendo:

- Trabalhar o empoderamento e a autoestima social da pessoa com deficiência;
- Sensibilizar equipas e instituições para os direitos sexuais;
- Garantir privacidade, confidencialidade e respeito pela escolha da pessoa;
- Apoiar projetos de vida afetiva, familiar e sexual.

## Assistência sexual e liberdade de escolha

Em vários países europeus (como os Países Baixos, a Suíça ou a Dinamarca), existe legislação ou programas sociais que regulam o acesso à assistência sexual – uma forma de apoio profissional à vivência sexual de pessoas com deficiência, com ética, consentimento e regras claras.

Embora Portugal não tenha legislação específica, o tema está em debate. O Serviço Social pode ajudar a:

- Informar sobre práticas internacionais;
- Avaliar as necessidades de apoio à intimidade de forma ética e centrada na pessoa;
- Trabalhar com a rede familiar ou institucional para garantir o respeito pela autodeterminação.

## Planeamento familiar, fertilidade e parentalidade

Um dos grandes tabus ainda existentes é a parentalidade em pessoas com deficiência. Porém, cada vez mais pessoas com Lesão Medular escolhem ter filhos – biológicos ou adotivos – e viver uma parentalidade ativa e responsável.

O Serviço Social pode informar acerca e apoiar:

- O acesso a consultas de fertilidade e inseminação medicamente assistida;

- Processos de adoção (eliminando preconceitos institucionais);
- Planeamento familiar e parentalidade em contexto de apoio formal (ex. com cuidadores ou parceiros);
- Apoios sociais à parentalidade (abonos, licenças, transportes, habitação).

## > Ferramentas para Profissionais de Saúde

### Abordagens práticas

Facilitar a autonomia e reintegração social e familiar, informando acerca dos recursos existentes na comunidade, e agilizando os processos para atribuição de apoios e orientação para o domicílio (subsídios sociais, apoio domiciliário, p.e.)

Integrar o tema da sexualidade nos planos individuais de intervenção social

Apoiar a participação em associações e grupos de pares com vivências similares

Mediar conversas difíceis com família/cuidadores sobre autonomia e intimidade

Defender a inclusão da sexualidade nas políticas institucionais

Informar acerca dos apoios e direitos relacionados com a parentalidade

Informar e mediar processos de adoção

## > Associações e contactos úteis

**ANEM** – Associação Nacional de Esclerose Múltipla • [www.anem.life](http://www.anem.life)

**APELA** – Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica • [www.apela.pt](http://www.apela.pt)

**Associação Salvador** • [www.associacaosalvador.com](http://www.associacaosalvador.com)

**CRPG** – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia • [www.crbg.pt](http://www.crbg.pt)

**SPEM** – Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla • [www.spem.pt](http://www.spem.pt)

# 09

## O adolescente com Lesão Medular

Crescer, desejar e reconstruir-se  
com dignidade



## Porquê falar de sexualidade na adolescência?

A adolescência é um período crítico do desenvolvimento, marcado por:

- Transformações físicas (puberdade, maturação sexual);
- Evolução emocional e afetiva (autoconhecimento, identidade);
- Exploração de vínculos (paixões, namoro, intimidade);
- Construção de valores, limites e decisões sexuais autónomas.

## Considerações psicossociais

- A adolescência é a fase da autoimagem e da validação externa. A interrupção abrupta da experiência corporal pode gerar sentimentos de inadequação e rejeição.
- A privação de oportunidades para experiências afetivas limita o desenvolvimento de competências relacionais, empatia e comunicação íntima.
- Pais e cuidadores tendem a sobreproteger ou infantilizar, o que pode apagar a sexualidade do discurso familiar.
- O acesso à intimidade privada (em casa ou na reabilitação) é limitado, o que compromete a vivência segura e a expressão do desejo.

## O impacto da lesão medular no desenvolvimento sexual

Quando ocorre uma lesão medular nesta fase, o impacto não se limita à mobilidade; interrompe trajetórias de descoberta, autonomia e afirmação pessoal. A lesão medular pode afetar:

- A sensibilidade corporal (com perda ou alteração da percepção erógena);
- A mobilidade (limitando o posicionamento e a autonomia);
- As respostas fisiológicas (como ereção, ejaculação, lubrificação);
- A imagem corporal e autoestima (redefinida pelo uso de dispositivos, dependência ou alteração estética);
- O acesso a informação, experiências e socialização (por hospitalização ou isolamento).

Além disso, os adolescentes podem não receber educação sexual adequada à sua nova realidade funcional, o que gera ansiedade, confusão e sentimentos de exclusão.

## O que devemos garantir?

Os adolescentes com lesão medular devem ser acompanhados garantindo:

- Reafirmação da identidade de género;
- Encorajamento da exploração segura do corpo e da intimidade;
- Acesso a educação sexual inclusiva;
- Possibilidade de desenvolver relações afetivas.

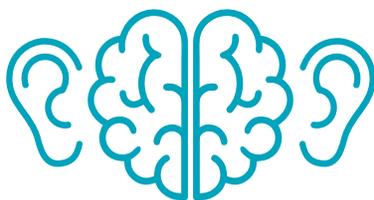
A família deve ser envolvida como aliada, mas respeitando a privacidade, a sexualidade e a autonomia emergente do jovem. A equipa deve atuar com linguagem acessível, sem julgamentos e aberta à diversidade, garantindo:

- Informação clara, adaptada e acessível  
Falar abertamente sobre o que muda e o que é possível: sensações, resposta sexual, fertilidade, prazer e criatividade.
- Educação precoce e preventiva  
Prevenir mitos, desinformação e riscos (abuso, isolamento).
- Treino de comunicação e autodefesa  
Ensinar a dizer “sim” e “não”, a expressar limites e desejos, mesmo com barreiras na fala ou motricidade.
- Promoção da autonomia e da privacidade  
Incentivar o autocuidado íntimo, o manuseio de dispositivos (ex. sondas), o respeito por espaços de intimidade.
- Acesso a experiências relacionais e afetivas  
Apoiar a vivência de relações (mesmo que simbólicas), a partir da realidade de cada jovem.

## Equipamento e estratégias adaptadas

A utilização de posicionamento, produtos de apoio e materiais educativos adaptados deve ser iniciada o mais cedo possível, promovendo:

- O treino seguro da mobilidade e da perceção corporal;
- A exploração de formas não genitais de prazer;
- A personalização das escolhas com base nas capacidades motoras, sensoriais e cognitivas.



**O órgão sexual mais importante  
está entre as orelhas**

## > Ferramentas para Profissionais de Saúde

### Avaliação

Explorar o desenvolvimento psicossocial e afetivo

Identificar dificuldades na imagem corporal, socialização e expressão emocional

Utilizar questionários adaptados ou guias ilustrados

### Intervenção

Estimular a comunicação aberta com profissionais e pares

Trabalhar autoestima e identidade corporal

Utilizar metáforas, jogos simbólicos, materiais visuais

Garantir acesso a informação sexual adequada à idade e à condição

### Envolvimento da família

Encorajar o diálogo sobre limites e intimidade

Ajudar os pais a deixar espaço para o crescimento sexual do/a filho/a

Orientar para o equilíbrio entre proteção e autonomia

### Encaminhamento

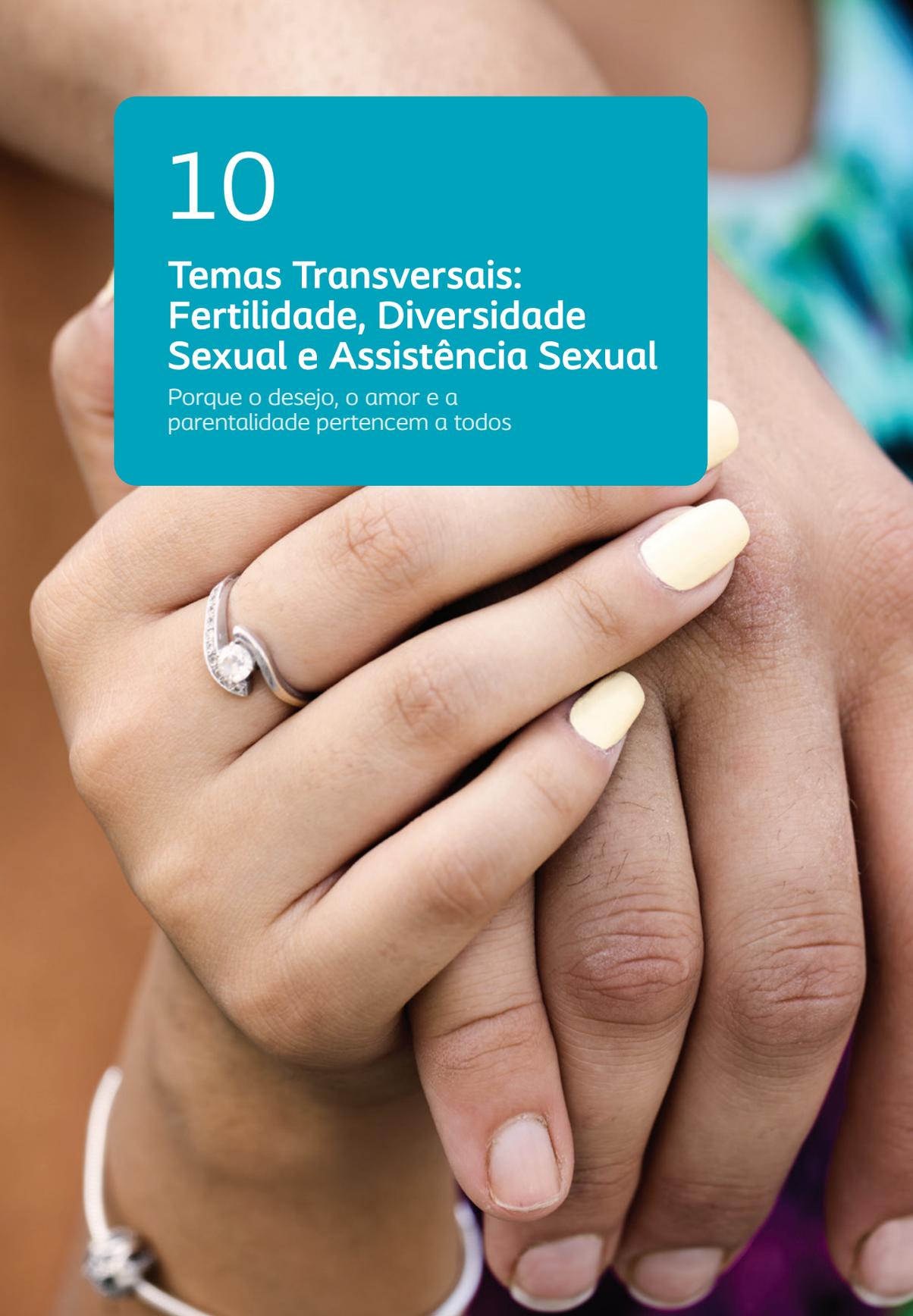
Psicologia e sexologia em casos de sofrimento emocional, ansiedade, bloqueios

Urologia/ginecologia para questões hormonais, fertilidade, gestão menstrual

# 10

## **Temas Transversais: Fertilidade, Diversidade Sexual e Assistência Sexual**

Porque o desejo, o amor e a  
parentalidade pertencem a todos



## Fertilidade e reprodução: o que muda com a lesão medular?



A fertilidade pode ser afetada pela lesão medular, mas isso não significa que o sonho da parentalidade tenha de ser abandonado. Em muitos casos, com apoio médico adequado, é possível engravidar (no caso das mulheres) ou conceber, através de técnicas de fertilidade (no caso dos homens). A parentalidade continua ao alcance – com tempo, planeamento e apoio informado.

### Mulheres:

- A menstruação pode cessar temporariamente após a lesão, mas tende a regressar, habitualmente após 6 meses;
- A gravidez é possível, mas exige acompanhamento especializado devido ao risco de infeções urinárias, trombose, disreflexia e parto prematuro;
- O parto pode ser vaginal ou por cesariana, dependendo do nível e tipo de lesão medular, presença de espasticidade, limitação das amplitudes articulares, musculatura abdominal ativa e risco de disreflexia.

### Homens:

- A produção de espermatozoides geralmente mantém-se, mas a ejaculação pode estar comprometida;
- Técnicas como vibração peniana, eletroejaculação ou colheita direta dos testículos permitem utilizar sémen em fertilização assistida;
- A qualidade do esperma pode estar reduzida, mas há opções eficazes.

## Identidade de género e orientação sexual

Nem todas as pessoas com lesão medular são heterossexuais ou cisgénero. A reabilitação sexual inclusiva deve reconhecer:

- A diversidade de orientações (homossexual, bissexual, assexual, pansexual, etc.);
- A diversidade de identidades de género (homem, mulher, não-binário, transgénero, etc.);
- A existência de relações afetivas e familiares fora do modelo tradicional.

A vivência da sexualidade pós-lesão pode ser ainda mais desafiante para pessoas LGBTQIA+, devido à invisibilidade nos serviços, ao preconceito institucional e à ausência de representação. Os profissionais de saúde devem garantir:

- Uma linguagem inclusiva e não-assumida (ex. “tem parceiro(a)?” em vez de “tem namorada?”);
- Espaços seguros para a expressão de identidade e desejo;
- Apoio a projetos de vida afetiva e parentalidade diversa.

## Assistência sexual: o que é e porquê falar disto?

A assistência sexual é uma prática social ainda pouco conhecida em Portugal, que visa apoiar pessoas com deficiência na vivência da sua sexualidade, através de interação íntima consensual com profissionais treinados. Não se trata de prostituição, mas de uma resposta ética, estruturada e com objetivos terapêuticos ou relacionais. Em países como a Suíça, os Países Baixos ou a Alemanha, a assistência sexual é reconhecida e regulada por associações e, em alguns casos, apoiada por sistemas sociais. Embora em Portugal ainda não exista enquadramento legal, é importante:

- Reconhecer o direito à autodeterminação sexual, mesmo em pessoas com dependência física;
- Discutir a fronteira entre proteção e paternalismo;
- Dar voz à pessoa com deficiência na decisão sobre o seu corpo e prazer.

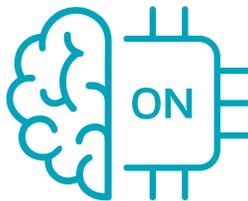
## Ética, consentimento e autodeterminação

A base de todas as intervenções é o respeito pelo consentimento informado e livre. A sexualidade não deve ser imposta, nem negada, mas apoiada de forma ética, respeitosa e transparente. Os profissionais de saúde devem:

- Evitar decisões baseadas em pressupostos morais ou pessoais;
- Defender o direito da pessoa a explorar a sua sexualidade como parte da sua identidade e cidadania;
- Apoiar o acesso a informação, redes e soluções seguras.

## Para onde caminhamos?

Os próximos anos trarão, certamente, debates intensos sobre sexualidade e deficiência. Mas já não é possível fingir que este tema não existe. Reabilitar é também libertar corpos e desejos. E todos temos o dever de contribuir para um futuro onde ninguém seja excluído de viver, amar e escolher.



**Está na hora de mudar o chip**

## > Ferramentas para Profissionais de Saúde

### Fertilidade - quando referenciar

Situação	Encaminhamento recomendado
Ausência de ejaculação espontânea (homem)	Urologia ou unidade de fertilidade
Menstruação irregular ou ausente > 6 meses	Ginecologia especializada
Desejo de parentalidade	Consulta de planejamento familiar ou reprodução medicamente assistida

### Intervenção inclusiva

Perguntar "Como prefere que me refira a si?" em vez de assumir o gênero

Validar relações afetivas não convencionais

Evitar estereótipos

### Sobre assistência sexual

Conhecer práticas europeias: modelos de apoio estruturado (Suíça, Holanda)

Promover o debate ético em contexto institucional

Garantir que a pessoa com deficiência pode expressar interesse e ser ouvida sem julgamentos



# CONCLUSÃO GERAL

## Sexualidade com liberdade, dignidade e presença

A sexualidade não desaparece após a lesão medular – transforma-se. Por vezes silencia-se, retrai-se ou esconde-se por detrás de medos, limitações ou preconceitos. Outras vezes, renasce com novas formas, novas sensações e significados. O que é certo é que ela continua – porque a sexualidade é humana, íntima e plural.

Ao longo deste livro, vimos como cada grupo profissional pode contribuir para o reencontro da pessoa com o seu corpo, com o prazer e com a possibilidade de amar e ser amada. Nenhum profissional sozinho consegue responder a tudo. Mas juntos, em diálogo, com escuta e ética, conseguimos reabilitar não apenas funções, mas também sentidos e relações.

Reabilitar a sexualidade é afirmar o direito à autonomia, ao toque, ao desejo, ao consentimento, à diversidade e ao silêncio. É cuidar do corpo e do que ele sente, mesmo quando já não sente da mesma forma. É integrar, na reabilitação, aquilo que verdadeiramente devolve a vida: a intimidade, o afeto, o riso e o prazer. Este livro não fecha um tema. Abre portas. Para conversas. Para escolhas. Para olhares mais inteiros sobre o que é viver com uma lesão medular.

*Ainda somos corpo,  
ainda somos desejo.*



## Leituras e Materiais Recomendados

Sugestões de leitura para pessoas com LM, familiares e profissionais:

- “*The Ultimate Guide to Sex and Disability*” (M. Kaufman, 2007)
- “Sexualidade e Deficiência” (APF, Portugal)
- Aplicações móveis de educação sexual adaptada
- Podcasts e vídeos sobre o tema (YouTube, TEDx)

# Referências Bibliográficas

## Capítulo 01

- Giuliano F. et al. (2007). Efficacy and safety of tadalafil in men with erectile dysfunction following spinal cord injury. *Archives of Neurology*.
- Lombardi G. et al. (2009). Ten-year follow-up of sildenafil use in spinal cord-injured patients. *Journal of Sexual Medicine*.
- Shackleton C. et al. (2023). Effect of epidural spinal cord stimulation on female sexual function after SCI. *Frontiers in Neuroscience*.
- Federici S. et al. (2019). Enhancing Psychological Sexual Health of People With SCI and Their Partners. *Frontiers in Psychology*.
- Anderson K. (2004). Targeting recovery: priorities of the spinal cord-injured population. *Journal of Neurotrauma*.
- Botorff E. et al. (2024). Neuromodulation and sexual function in women with SCI. *Journal of Sexual Medicine*.
- Mohammadreza A. et al. (2020). Promoting sexual self-efficacy using the PLISSIT model. *Psychology & Sexuality*
- Rybka, V. et al. (2023). Epidural spinal cord stimulation can facilitate ejaculatory response in spinal cord injury individuals: a report of two cases. *International Journal of Neuroscience*.

## Capítulo 02

- Federici, Stefano & Artegiani, Francesco & Diotallevi, Daniele & Caruso, Giovanna & Castellani Mencarelli, Alessandra. (2020). Sexual Health of People with Spinal Cord Injury. 10.37247/PAPSY.1.2020.2.
- Giurleo, Charlie & McIntyre, Amanda & Kras-Dupuis, Anna & Wolfe, Dalton. (2020). Addressing the elephant in the room: integrating sexual health practice in spinal cord injury rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*. 44. 1-8. 10.1080/09638288.2020.1856949.
- Osborne, Jake & Rocchi, Meredith & McBride, Christopher & McKay, Rhyann & Gainforth, Heather & Upper, Randy & Sweet, Shane. (2022). Couples' experiences with sexuality after spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*. 45. 1-9. 10.1080/09638288.2022.2040611.
- Salehi, Mahdi & Rouhi, Safoura. (2023). The impact of audit members' self-esteem and narcissism on organizational knowledge sharing among audit firms. *Management Decision*. 61. 10.1108/MD-09-2022-1279.

## Capítulo 03

- Aikman, Kirsten & Oliffe, John & Kelly, Mary & McCuaig, Fairleth. (2018). Sexual Health in Men With Traumatic Spinal Cord Injuries: A Review and Recommendations for Primary Health-Care Providers. *American Journal of Men's Health*. 12. 155798831879088. 10.1177/1557988318790883.
- Bryant, Chloe & Gustafsson, Louise & Aplin, Tammy & Setchell, Jenny. (2021). Supporting sexuality after spinal cord injury: a scoping review of non-medical approaches. *Disability and Rehabilitation*. 44. 1-14. 10.1080/09638288.2021.1937339.
- Federici, Stefano & Artegiani, Francesco & Diotallevi, Daniele & Caruso, Giovanna & Castellani Mencarelli, Alessandra. (2020). Sexual Health of People with Spinal Cord Injury. 10.37247/PAPSY.1.2020.2.
- Garret, A. *Reabilitação: conceitos e práticas*. 2. ed. Coimbra: Formasau, 2009.
- Magalhães, M; Guerra, P; Brites, R. *Sexualidade e reabilitação na lesão medular: vivências e necessidades dos utentes*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, [S.l.]*, v. 1, n. 1, p. 28–35, 2013.
- *Ordem dos Enfermeiros*. (2009). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vértebro-medular (Cadernos OE, Série I, nº 2)*. Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

## Capítulo 04

- Shackleton, Claire & Swartz, Leslie & Skowno, Philippa & Evans, Robert & West, Sacha & Albertus, Yumna & Derman, Wayne & Bantjes, Jason. (2023). A qualitative study of the perceived benefits of participating in a spinal cord rehabilitation intervention in a low-middle income country. *Disability and Rehabilitation*.

## Capítulo 05

- Bailar-Heath, MaryBeth & Hough, Sigmund. (2010). A. Kassioukov, E. MacHattie, K. Naphtali, W. C. Miller, S. Elliott: pleasureABLE: Sexual device manual for persons with disabilities. *Sexuality and Disability - SEX DISABILITY*. 28. 61-62. 10.1007/s11195-009-9142-z.
- Anderson, Kim & Borisoff, Jaimie & Johnson, Richard & Stiens, Steven & Elliott, Stacy. (2007). The impact of spinal cord injury on sexual function: Concerns of the general population. *Spinal cord*. 45. 328-37. 10.1038/sj.sc.3101977.
- Garrett A, Zélia T. (2006). A utilização do modelo Plissit na abordagem da sexualidade do lesionado vértebro-medular por trauma. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. Porto. ISSN 1646-0502.
- Baron, Justine & Sullivan, Katrina & Swaine, Jillian & Aspinall, Arlene & Jaglal, Susan & Presseau, Justin & White, Barry & Wolfe, Dalton & Grimshaw, Jeremy. (2018). Self-management interventions for skin care in people with a spinal cord injury: part 1—a systematic review of intervention content and effectiveness. *Spinal Cord*. 56. 10.1038/s41393-018-0138-3.
- McAlonan, Sally. (1996). Improving Sexual Rehabilitation Services: The Patient's Perspective. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*. 50. 826-34. 10.5014/ajot.50.10.826.
- Eastin database – Catálogo europeu de produtos de apoio: [www.eastin.eu](http://www.eastin.eu)

## Capítulo 06

- Bryant, Chloe & Gustafsson, Louise & Aplin, Tammy & Setchell, Jenny. (2021). Supporting sexuality after spinal cord injury: a scoping review of non-medical approaches. *Disability and Rehabilitation*. 44. 1-14. 10.1080/09638288.2021.1937339.
- Wall, Laurelie & Nund, Rebecca & Ward, Elizabeth & Cornwell, Petrea & Amsters, Delena. (2019). Experiences of communication changes following spinal cord injury: a qualitative analysis. *Disability and Rehabilitation*. 42. 1-8. 10.1080/09638288.2018.1557264.
- Deliberato, D. (2011). Augmentativa ans alternativa systems in the expressive abilities of a cerebral palsy student. *Rev. Bras. Ed. Esp., Marília*, v.17, n.2, p.225-244.
- Maia, A & Bortolozzi, C. (2011). Inclusão e sexualidade: Na voz de pessoas com deficiência física. *Revista Feminismos*. v.2, p.186.
- Rangel et al. (2022) – Sexualidade e expressividade facial
- Ferreira & Kátia (2019) – Comunicação, deficiência e cidadania afetiva
- Behlau & Madazio (2019); Pinho (2008) – Voz e neuromotricidade

## Capítulo 07

- Lim, Chloe & Nightingale, Tom & Elliott, Stacy & Krassioukov, Andrei. (2019). Lifestyle modifications and pharmacological approaches to improve sexual function and satisfaction in men with spinal cord injury: a narrative review. *Spinal Cord*. 58. 10.1038/s41393-019-0404-z.
- Łakoma, Klaudia & Kukharuk, Olha & Śliż, Daniel. (2023). The Influence of Metabolic Factors and Diet on Fertility. *Nutrients*. 15. 10.3390/nu15051180.
- Skoracka, Kinga & Ratajczak-Pawłowska, Alicja & Rychter, Anna & Dobrowolska-Zachwieja, Agnieszka & Krela-Kaźmierczak, Iwona. (2021). Female Fertility and the Nutritional Approach: The Most Essential Aspects. *Advances in Nutrition*. 12. 10.1093/advances/nmab068.
- Skoracka, Kinga & Eder, Piotr & Łykowska-Szuber, Liliana & Dobrowolska-Zachwieja, Agnieszka & Krela-Kaźmierczak, Iwona. (2020). Diet and Nutritional Factors in Male (In)Fertility – Underestimated Factors. 10.20944/preprints202004.0365.v1.

- Kapper, Celine & Stelzel, Patrick & Oppelt, Peter & Ganhör, Clara & Gyunesh, Ayberk & Arbeithuber, Barbara & Rezk, Marlene. (2024). The Impact of Minerals on Female Fertility: A Systematic Review. *Nutrients*. 16. 4068. 10.3390/nu16234068.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine in collaboration with the Society for Reproductive Endocrinology and Infertility. Optimizing natural fertility: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2017 Jan;107(1):52-58. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.09.029. Epub 2016 Oct 26. PMID: 28228319.

## Capítulo 08

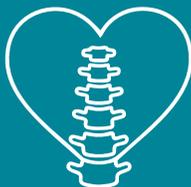
- Bryant, Chloe & Gustafsson, Louise & Aplin, Tammy & Setchell, Jenny. (2021). Supporting sexuality after spinal cord injury: a scoping review of non-medical approaches. *Disability and Rehabilitation*. 44. 1-14. 10.1080/09638288.2021.1937339.
- Federici, Stefano & Artegiani, Francesco & Diotallevi, Daniele & Caruso, Giovanna & Castellani Mencarelli, Alessandra. (2020). Sexual Health of People with Spinal Cord Injury. 10.37247/PAPSY.1.2020.2.
- Giurleo, Charlie & McIntyre, Amanda & Kras-Dupuis, Anna & Wolfe, Dalton. (2020). Addressing the elephant in the room: integrating sexual health practice in spinal cord injury rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*. 44. 1-8. 10.1080/09638288.2020.1856949.

## Capítulo 09

- Sipski, Marcalee & Alexander, Craig. (2007). Recommendations for Discussing Sexuality After Spinal Cord Injury/Dysfunction in Children, Adolescents, and Adults. *The journal of spinal cord medicine*. 30 Suppl 1. S65-70. 10.1080/10790268.2007.11753971.
- Anderson, Kim & Borisoff, Jaimie & Johnson, Richard & Stiens, Steven & Elliott, Stacy. (2007). The impact of spinal cord injury on sexual function: Concerns of the general population. *Spinal cord*. 45. 328-37. 10.1038/sj.sc.3101977.
- Cardenas, Diana & Topolski, Tari & White, Catherine & McLaughlin, John & Walker, William. (2008). Sexual Functioning in Adolescents and Young Adults With Spina Bifida. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 89. 31-5. 10.1016/j.apmr.2007.08.124.
- Sawyer, Susan & Azzopardi, Peter & Wickremarathne, Dakshitha & Patton, George. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2. 10.1016/S2352-4642(18)30022-1.
- WHO. (2010). Developing sexual health programmes.

## Capítulo 10

- Shackleton, Claire & Samejima, Soshi & Miller, Tiev & Sachdeva, Rahul & Parr, Ann & Samadani, Uzma & Hocaloski, Shea & Elliott, Stacy & Walter, Matthias & Darrow, David & Krassioukov, Andrei. (2023). Effect of epidural spinal cord stimulation on female sexual function after spinal cord injury. *Frontiers in Neuroscience*. 17. 1155796. 10.3389/fnins.2023.1155796.
- Bryant, Chloe & Gustafsson, Louise & Aplin, Tammy & Setchell, Jenny. (2021). Supporting sexuality after spinal cord injury: a scoping review of non-medical approaches. *Disability and Rehabilitation*. 44. 1-14. 10.1080/09638288.2021.1937339.
- Federici, Stefano & Artegiani, Francesco & Diotallevi, Daniele & Caruso, Giovanna & Castellani Mencarelli, Alessandra. (2020). Sexual Health of People with Spinal Cord Injury. 10.37247/PAPSY.1.2020.2.
- Giurleo, Charlie & McIntyre, Amanda & Kras-Dupuis, Anna & Wolfe, Dalton. (2020). Addressing the elephant in the room: integrating sexual health practice in spinal cord injury rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*. 44. 1-8. 10.1080/09638288.2020.1856949.
- Del Popolo et al., 2010 – Técnicas de fertilidade masculina.



A sexualidade é uma expressão essencial da vida humana - mesmo quando o corpo muda.

Este livro é um guia completo e multidisciplinar para pessoas com lesão medular, as suas famílias e os profissionais de saúde que as acompanham.

Escrito pela equipa da Unidade de Reabilitação de Lesões Medulares do Centro de Reabilitação do Norte, integra contributos da medicina física e de reabilitação, psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, nutrição, serviço social e técnicos auxiliares de saúde.

Um contributo acessível, científico e que se pretende profundamente humanizado.

Porque reabilitar é também reencontrar o corpo, o prazer e o direito de viver com dignidade.