

# DESCRIÇÃO ENTRE A DISFUNÇÃO ERÉTIL E O NÍVEL DE LESÃO NEUROLÓGICO EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO DO RECIFE

## DESCRIPTION OF ERECTILE DYSFUNCTION AND THE LEVEL OF NEUROLOGICAL INJURY AT A RECIFE REHABILITATION CENTER

**BARBOSA, Maria Emília Andrade** <sup>1</sup>; **ALCÂNTARA, Amanda Carolina Almeida** <sup>2</sup>; **CARDOZO, Luciana Bezerra dos Santos** <sup>3</sup>; **COIMBRA, Jordana Maryeli Silva** <sup>4</sup>.

1. Graduanda do 8º período de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, Pernambuco, [mariaemiliabarbosa1@gmail.com](mailto:mariaemiliabarbosa1@gmail.com)

2. Fisioterapeuta, Graduada em fisioterapia pela Faculdade Integrada do Recife (FIR), Mestre em Saúde Materno Infantil no IMIP, Especialista em Fisioterapia Obstétrica e Urogenital. [amandaalcantara6@hotmail.com](mailto:amandaalcantara6@hotmail.com)

3. Fisioterapeuta do serviço de Fisioterapia Neurofuncional do Centro de Reabilitação Professor Ruy Neves Baptista, Tutora dos cursos de Farmácia e Nutrição da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, Doutorado pelo Programa de Neurociência pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Mestre em Fisioterapia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Especialista em Fisioterapia Neurofuncional pela Faculdade Integrada do Recife (FIR). Recife, Pernambuco, [lu.bsantos@gmail.com](mailto:lu.bsantos@gmail.com)

4. Fisioterapeuta, Mestranda em Engenharia de Sistemas pela Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, Pernambuco, [jordana\\_maryele@hotmail.com](mailto:jordana_maryele@hotmail.com)

**Endereço para correspondência:** Rua dos Coelho, 400 – Boa Vista – Centro de reabilitação Professor Ruy Neves Baptista – IMIP.

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a Disfunção Erétil de pacientes com lesão medular por causa traumática, e descrever com o nível de lesão neurológico. **Materiais e Métodos:** Consiste em um estudo transversal descritivo, realizado no Centro de Reabilitação e Medicina Física Professor Ruy Neves Baptista do Instituto de Medicina Integral de Pernambuco Prof. Fernando Figueira, entre janeiro de 2016 a outubro de 2016. O estudo será realizado em uma sala reservada, onde será feita uma avaliação e em seguida, foi aplicado o protocolo de avaliação desenvolvido pela *American Spinal Injury Association* (ASIA). Logo após, foi aplicado o (IIFE) Índice Internacional de Função Erétil. Foi realizada apenas uma sessão. No final foi descrita a disfunção dos pacientes com o nível de lesão. **Resultados:** Dos 19 pacientes a etiologia predominante foi ferimento por arma de fogo (31,5%). Dos pacientes avaliados, nível de lesão neurológico acima de T11 68,4% foi o que predominou. De acordo com o questionário do IIFE, a média do escore total foi de  $41,68 \pm 20,95$ . Houve diferença estatisticamente significativa associada à relação sexual no último mês com o escore total do IIFE. **Conclusão:** Esse estudo descreve o perfil da disfunção erétil em pacientes com lesão medular. Percebe-se que a reabilitação motora é mais focada, onde a reabilitação sexual é pouco abordada.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the Erectile Dysfunction of patients with spinal cord injury due to trauma, and describe it with the level of neurological injury. **Materials and Methods:** It consists of a descriptive cross-sectional study, carried out at the Center for

Rehabilitation and Physical Medicine Professor Ruy Neves Baptista of the Institute of Integral Medicine of Pernambuco Prof. Fernando Figueira, from January 2016 to October 2016. The study will be conducted in a reserved room, where an evaluation will be done and then the evaluation protocol developed by the American Spinal Injury Association (ASIA) will be applied. Soon after, the (IIFE) International Index of Erectile Function was applied. Only one session was held. At the end, the dysfunction of the patients with the lesion level was described. **Results:** Of the 19 patients, the predominant etiology was firearm injury (31.5%). Of the patients assessed level of neurological damage above T11 68.4% was predominant. According to the IIFE questionnaire, the mean of the total score was  $41.68 \pm 20.95$ . There was a statistically significant difference associated with sexual intercourse in the last month with the total IIFE score. **Conclusion:** This study describes the profile of erectile dysfunction in patients with spinal cord injury. It is noticed that the motor rehabilitation is more focused, where the sexual rehabilitation is little approached.

# 1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, houve crescente aumento das taxas de morbimortalidade por traumatismo raquimedular (TRM), causado principalmente por acidentes automobilísticos, quedas, mergulhos em águas rasas, acidente por arma de fogo, entre outros. O TRM é responsável por 80% das lesões medulares, enquanto 20% correspondem às causas não traumáticas, que incluem tumores, infecções, lesões vasculares e degenerativas.<sup>1,2</sup>

No Brasil, 130 mil indivíduos são portadores de TRM e estima-se a ocorrência de cerca de 40 novos casos por milhão de habitantes, somando de 6 a 8 mil casos por ano<sup>3</sup>. As maiores vítimas são jovens que se encontram em idade economicamente produtiva, com média de 33 anos, com prevalência no gênero masculino<sup>4</sup>, o que dificulta seu ingresso ou permanência no mercado de trabalho. A economia também é influenciada à medida que são aumentados os gastos com internamento e terapia<sup>5</sup>.

De acordo com a American Spinal Injury Association (ASIA) a lesão medular (LM) é definida como qualquer comprometimento na medula espinal que acarrete déficits na função motora, sensitiva, visceral, além das funções sexuais do indivíduo, podendo apresentar ausência total das funções sensitiva e/ou motora e/ou autonômica abaixo do nível da lesão, inclusive nos níveis sacrais, caracterizando a lesão completa, enquanto a preservação de alguma função sensitiva e/ou motora e/ ou autonômica abaixo do nível da lesão, inclusive nos segmentos sacrais, caracteriza a lesão incompleta<sup>1,2</sup>.

Além das alterações motoras que os pacientes com TRM sofrem, eles têm que lidar com a presença ou não de disfunção sexual, que pode ser resultado da disfunção neuromuscular ou obstruções recorrentes de infecções urinárias<sup>6</sup>. Deve-se considerar que o comportamento sexual é fisiologicamente natural, e influi decisivamente na

relação humana, na integração e no convívio social <sup>7</sup>. Sendo assim, um dos acometimentos mais frequentes nesses pacientes é a disfunção erétil, definida pelos Institutos Nacionais de Saúde (NIH) dos Estados Unidos como sendo uma incapacidade de atingir e manter a ereção do pênis o suficiente para permitir a relação sexual satisfatória <sup>7</sup>. Em pesquisas realizadas no Brasil, os dados sugerem que Disfunção Erétil é uma condição comum e uma preocupação de saúde pública <sup>8,9</sup>.

De acordo com SUAID et al. (2002) <sup>10</sup>, com o passar dos anos os profissionais de saúde observaram que o tratamento do lesado medular não deveria se limitar apenas ao restabelecimento da saúde e recuperação da função motora e sim deveria ser complementado com práticas de educação, aconselhamento e reabilitação a fim de tornar o indivíduo com TRM apto para executar suas atividades diárias. A partir de então foi chamada a atenção para a questão da sexualidade desses pacientes. A lesão medular em homens, geralmente, altera a habilidade destes pacientes em obter e manter a ereção, alterando também a ejaculação, comprometendo a qualidade de vida <sup>11</sup> e gerando processos depressivos <sup>8,9</sup>.

É possível que a capacidade de manter vínculos sexuais estáveis seja abalada, o que pode levar alguns deles às relações extraconjugais, na tentativa de superar a dificuldade mediante a troca de parceira <sup>9</sup>. A disfunção sexual nos pacientes com traumatismo raque-medular depende do nível em que ocorreu a lesão e se esta foi completa ou parcial <sup>12, 13</sup>.

Logo, o presente estudo é pertinente, e tem como objetivo avaliar o grau de deficiência neurológico com o domínio da função erétil.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

A presente pesquisa caracteriza-se um estudo transversal descritivo, realizado no Centro de Reabilitação Prof. Ruy Neves Baptista, localizado no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, no período de março de 2016 a outubro de 2016, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IMIP sob número do protocolo (CAAE: 42804115.4.0000.5201).

Foram selecionados pacientes portadores de lesão medular, que estavam em atendimento no Centro de Reabilitação Prof. Ruy Neves Baptista (CRIMIP). Os participantes foram recrutados dentro dos seguintes critérios de inclusão: homens com lesão medular de etiologia traumática, em qualquer faixa etária, selecionando apenas os pacientes que estão em atendimento no CRIMIP.

Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentam, além da disfunção erétil, outras doenças associadas como diabetes descompensadas e depressão ou que fazem uso de medicamentos antidepressivos ou aqueles que não se encontram aptos para a entrevista por apresentarem comprometimento mental grave, déficit auditivo ou distúrbios da fala grave. Inicialmente, foi utilizada uma ficha de avaliação para coletar dados socioeconômicos, antropométricos e clínicos. Em seguida, utilizou-se o protocolo de avaliação desenvolvido pela American Spinal Injury Association (ASIA), que é um protocolo de avaliação com escore numérico que classifica o nível neurológico da lesão como o segmento mais distal da medula com função sensorial e motora normal em ambos os lados do corpo. Para esta classificação é realizada uma avaliação sensitiva sobre os 28 dermatômos de C2 a S5 tanto para toque leve quanto para dor de ambos os lados do corpo, verificando assim o nível e escore sensitivo. Também é avaliada a resposta motora sobre 10 miótomos, onde é testado o grau de força em grupos

musculares específicos que representam cada segmento medular, verificando com isso o nível motor. Essa avaliação motora é realizada para cada lado do corpo com escores que variam de 0 a 5 pontos. A soma das avaliações de ambos os lados fornece um índice total, sendo um modo quantitativo de avaliar a função motora.<sup>15</sup>

Por fim, foi realizado o Índice Internacional de Função Erétil (IIFE), o questionário é composto de 15 questões, avalia cinco parâmetros da função sexual masculina: função erétil (questões 1 a 5 e 15), função orgástica (duas questões), desejo sexual (duas questões), satisfação na relação sexual (três questões) e satisfação sexual global (duas questões). A pontuação gerada a partir das cinco questões permite a classificação da função erétil em quatro categorias: sem disfunção (26 a 30 pontos), disfunção mínima (17-25), disfunção moderada (11-16) e disfunção grave (6-10).<sup>16</sup> Todos os participantes incluídos na pesquisa realizaram apenas um encontro.

Para a análise dos dados, foram utilizados os Softwares SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 13.0 para Windows e o Excel 2010. Para comparação com dois grupos, foi utilizado o Mann-Whitney para verificar a distribuição normal dos dados. Os resultados estão apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa. As variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança.

### 3. RESULTADOS

No total, vinte e seis pacientes atenderam aos critérios para inclusão no estudo e foram selecionados. Dentre estes selecionados sete foram excluídos, destes, cinco por problemas de saúde e dois por dificuldades no transporte para acesso ao local. Restou um total de dezenove pacientes como amostra final. (Figura 1)

Entre os 19 participantes, a média de idade encontrada foi de  $31,68 \pm 10,51$  anos e a média de tempo de lesão foi de  $41,05 \pm 25,86$  meses. (Tabela 1)

No estudo foi perguntado se os pacientes tiveram uma vida sexual ativa durante as últimas quatro semanas. Dos pesquisados, 15 (78,9%) responderam que sim e 4 (21,1%) responderam que não. Foi constatada lesão neurológica acima de T11 em 13 (68,4%) dos indivíduos, em 5 (26,3%) entre T11-L2 e 1 (5,3%) entre L3-S2. Foi apurado que em 7 (36,8%) a deficiência neurológica foi completa e em 12 (63,2%) foi incompleta. A principal causa da lesão medular foi ferimento por arma de fogo em 6 participantes (31,5%), seguido por acidente de moto em 5 (26,3%) e mergulho em águas rasas 2 (10,5%). Dos pesquisados, 3 (15,8%) disseram que utilizam medicamento para ter relação sexual e 16 (84,2%) não utilizam. (Tabela 2)

Sobre os domínios sexuais do paciente na função erétil foi avaliado que, no domínio de função erétil categorizado 10 (52,6%) tinha disfunção e 3 (15,8%) não tinha atividade sexual. Em relação ao desejo sexual 6 (31,6%) com uma disfunção leve a moderada e 8 (42,1%) sem disfunção. Na função orgástica 6 (31,5%) tem uma disfunção grave e 4 (21,1%) não tem disfunção erétil. Na satisfação sexual 4 (21,1%) não tem uma vida sexual ativa e 2 (10,5%) não tem uma disfunção. (Tabela 3)

Quando foi associado à relação sexual no último mês com o escore total do IIFE, houve diferença estaticamente significativa. (TABELA 1)



## 4. DISCUSSÃO

A proposta desse estudo foi descrever a disfunção erétil do paciente com LM e o nível de lesão neurológico. Nas avaliações realizadas só houve diferença significativa na atividade sexual com o escore total do IIFE.

Segundo as Diretrizes da Atenção à Pessoa com Lesão Medular (2013) e Torrecilha (2014) a principal causa da Lesão Medular relaciona-se à acidentes automobilísticos e a segunda causa mais comum, com arma de fogo. A grande incidência de lesados medulares devido a acidentes de trânsito é explicada pelo fato dos cidadãos permanecerem por tempo prolongados em meios de transporte, fazerem pouco uso do cinto de segurança e terem hábitos inadequados de dirigir e trafegar em estradas em más condições.<sup>19</sup> Corroborando com nosso estudo, foi verificado que a principal causa foi por arma de fogo, e em seguida por acidente de moto.

Segundo, Torrecilha (2014) para os homens, a diminuição da satisfação sexual se dá principalmente pela a perda da motricidade voluntária, dificuldade para atingir o orgasmo e dificuldade para manter a ereção, ou seja, sentem a falta do desejo sexual antes da lesão medular. O presente estudo mostra que dos pacientes que foram atendidos e selecionados, oito não tiveram uma disfunção ou qualquer problema para manter a ereção durante o ultimo mês, e dez pacientes não tinham uma vida sexual ativa ou não conseguiam ter o orgasmo no final do intercurso sexual, mostrando que os indivíduos tinha maior dificuldade para ter uma relação sexual completa.

Um estudo realizado por Costa (2014) afirma que a maioria dos indivíduos mantém uma união estável e que uma grande parte tem uma vida sexual ativa após o trauma. No nosso estudo, a maioria dos indivíduos tem um parceiro após a lesão medular e dentre eles treze tiveram uma vida sexual ativa avaliada nas quatro últimas

semanas que antecederam a realização do questionário IIFE. Apesar da maioria dos participantes terem uma vida sexual ativa, foi visto durante o estudo que a frequência sexual diminuiu, por motivos de limitações e diminuição de habilidade sexual, relatado durante o atendimento pelos pacientes.

O estudo realizado em pacientes com TRM observou que os valores do IIFE total apresentaram melhora significativa após o uso de medicamentos, porém os resultados encontrados em nosso estudo não corroboram com o resultado citado. Em nosso estudo, apenas três pacientes fazem uso de medicação para ter relação sexual e este fato não interfere no resultado do escore total do IIFE dos mesmos, pois a maioria dos pacientes avaliados não apresentou dificuldade para manter a ereção.<sup>20</sup>

Conforme Filho (2013), foi considerado o escore do IIFE maior que 17 com função erétil preservada, onde 75% dos indivíduos tinha uma disfunção erétil, ou seja, apenas 25% dos homens selecionados eram capazes de manter uma função erétil com capacidade de penetração mesmo em uso de medicamentos para ter a relação sexual. Em concordância com nosso estudo, apenas dez pacientes conseguem manter uma função erétil suficiente para penetração. Nessa população o escore médio do IIFE foi de  $48,40 \pm 18,19$ . Mostrando que pacientes que apresentam escore do IIFE maior que 17 tem maior chance de serem sexualmente ativos quando comparados aos que apresentam escore menor que 17.

Entre as limitações do estudo, o número da amostra ainda é pequeno para ter um desfecho sobre a disfunção erétil e suas limitações, sendo necessárias orientações sobre as dificuldades que deverão surgir e dos possíveis tratamentos existentes, não só uma reabilitação física, mas também ter a sua reabilitação sexual para uma melhor qualidade

de vida com sua parceira <sup>22</sup>. A literatura sobre o tratamento fisioterapêutico da disfunção erétil ainda é escassa, não corroborando com um resultado melhor.

## **5. CONCLUSÃO**

A proposta do presente estudo foi verificar o perfil do paciente lesado medular com a disfunção erétil. É importante salientar que as conclusões aqui citadas não têm por finalidade encerrar o assunto. Novas investigações acerca da disfunção erétil são necessárias para que algumas hipóteses aqui citadas sejam melhores esclarecidas.

Através desse estudo, pode-se conhecer o perfil dos pacientes LM com a disfunção erétil, sugerindo que é necessária a orientação sexual após o trauma e a reabilitação sexual para que melhores resultados possam ser encontrados.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Magalhães MO, Sousa ANB, Costa LOP, Pinto DS. Avaliação em pacientes com traumatismo raquimedular: um estudo descritivo e transversal. *ConScientiae Saúde*. 2011; 10(1): 69-76;
2. França ISX, Coura AS, França EG, Basilio NNV, Souto RQ. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref. *RevEscEnfermUSP*. 2011;45(6):1364-71;
3. Costa BT, Torrecilha LA, Paloco SA, Spricigo JM, Souza RB, Santos SMS. O perfil e as adaptações sexuais do homem após a lesão medular, 2014;
4. Cafer CR, Barros ALBL, Lucena AF, Mahl MLS, Michel JLM. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(4):347-53;
5. Masini M. Estimativa da incidência e prevalência da lesão medular no Brasil. *J BrasNeurocir*. 2001; 12 (2): 97-100;
6. Summer Filho G. Aspectos fisiológicos da sexualidade humana. *Reprodução, São Paulo*, v. 3, n. 2, p. 93-97, 1988;
7. Coelho JCU, Matias JEF, Zeni NC, Godoy JL, Canan JLW, Jorge FMF. Função sexual de homens submetidos a transplante hepático. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2003 [cited 2008 Aug 25]; 49(4): 413-417;
8. Moreira JED, Bestane WJ, Bartolo EB, Fittipaldi JAS. Prevalence and determinant so ferectil edys function in Santos, south east ern Brazil. *São Paulo Med. J*. 2002 Mar [citado 2008 Set 15] ; 120(2): 49-54;
9. Abdo CHN, Oliveira JWM, Scanavino MT, Martins FG. Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2006 Dez [citado 2008 Set 15] ; 52(6): 424-429;
10. Suaid HJ, Rocha JN, Martins ACP, Cologna AJ, Suaid CA, Ribeiro AGB, Salzedas PL. Abordagem pelo urologista da sexualidade no lesado raquimedular. *Acta Cirúrgica Brasileira*. Vol 17 (3 Suppl ) 2002 – 41;
11. Derry F, Hultling C, Seftel AD, Sipski ML. Efficacy and safety of sildenafil citrate (Viagra) in men with erectile dysfunction and spinal cord injury: a review. *Urology*. 2002 Sep;60(2 Suppl ):49-57;
12. Casalis MEP. Sexualidade e função sexual na lesão medular. *UrolContemp* 1997; 3(4): 212-217;
13. Cavalcante KMH, Carvalho ZMF, Barbosa IV, Studart RMB. Alterations in the fertility lived deeply by people with spinal cord injury: a qualitative research. *Online Brazilian Journal Of Nursing* [Online], 6.3 5 Mar 2007;
14. Abdo CHN, Oliveira JWM, Moreira JE, Abdo JA, Fittipaldi JAS. The impact of psychosocial factors on the risk of erectile dysfunction and inhibition of sexual desire in

a sample of the Brazilian population. São Paulo Med. J. 2005 Jan [citado 2008 Set 15]; 123(1): 11-14;

15. Barros Filho TEP, Oliveira RP, Kalil EM, Prada FS. Associação Brasileira de Lesões Medulares: normas para a classificação neurológica e funcional das lesões da medula espinhal. Revista Brasileira de Ortopedia. V. 29, n.3, p.99-106, 1994;

16. Ferraz BM, Ciconelli RM. Tradução e adaptação do índice internacional de função erétil para a língua portuguesa. Rev Bras Med. 1998;55:35-40;

17. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular. Brasília: Ministério da Saúde; 2013;

18. Torrecilha LA, Costa BT, Lima FB, Santos SMS, Souza RB. O perfil da sexualidade em homens com lesão medular. 2014 jan/mar; 27(1):39-48;

19. Devivo MJ. Epidemiology of traumatic spinal cord injury: trends and future implications. Spinal Cord. 2012;50(5):365-72;

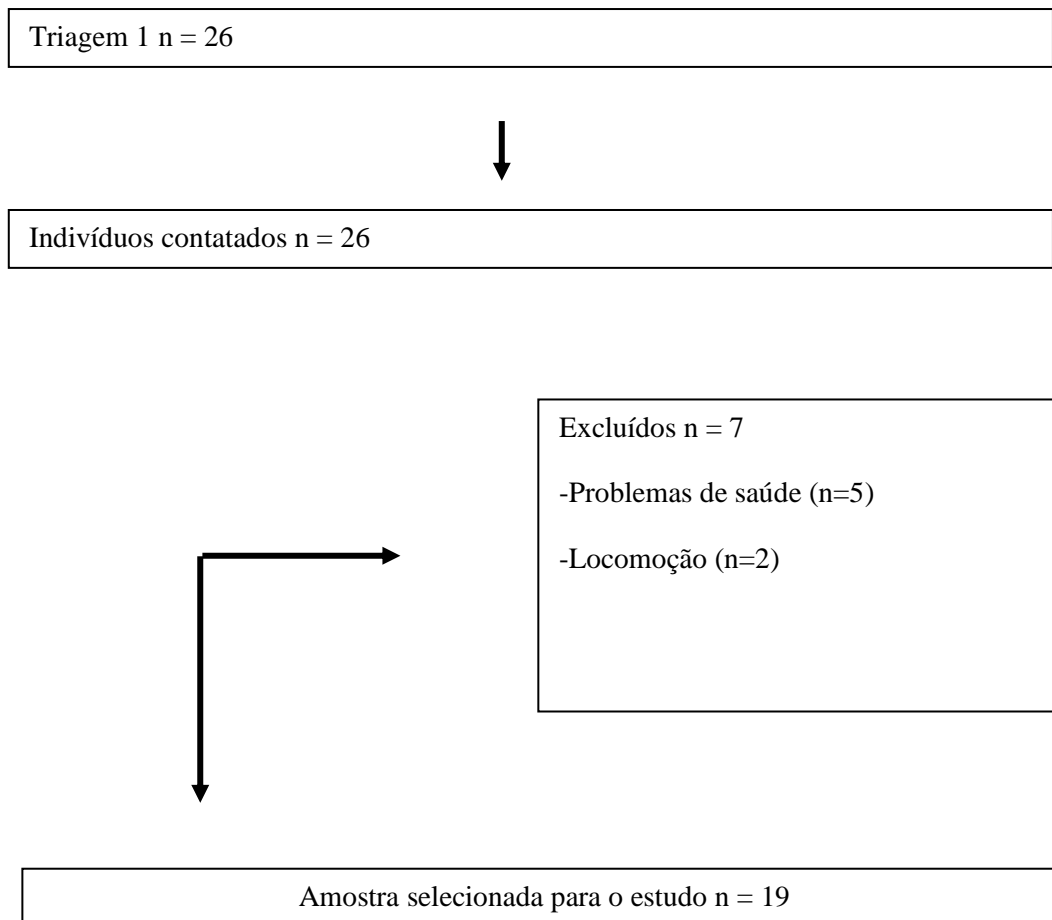
20. Cairoli CED, Wroclawski ER, Schaal CH, Coutinho FRNA, Alexandrino AP, Chaves OHT. Segurança e eficácia da sildenafil em pacientes com disfunção erétil secundária à lesão espinhal. Einstein. 2008; 6(1): 68-75;

21. Filho JEC. Epidemiologia da disfunção sexual masculina em pacientes com lesão medular. 2013;

22. Glina S. Disfunção erétil do paciente com trauma raque-medular, Revista Saúde Sexual e Reprodutiva, v.1, n.3, Janeiro/Abril, 2005;

## 7. APÊNDICE

**Figura 1 – Fluxograma de seleção da amostra.**



**Tabela 1 – Dados gerais das Avaliações**

Variáveis	Vida sexual ativa		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
<b>Relação sexual no último mês</b>			
Sim	13 (100,0)	0 (0,0)	<b>0,004 *</b>
Não	2 (33,3)	4 (66,7)	
<b>Nível neurológico da lesão</b>			
Acima de T11	10 (76,9)	3 (23,1)	1,000 *
Entre T11-L2	4 (80,0)	1 (20,0)	
Entre L3-S2	1 (100,0)	0 (0,0)	
<b>Grau de deficiência neurológica</b>			
Completa	5 (71,4)	2 (28,6)	0,603 *
Incompleta	10 (83,3)	2 (16,7)	
<b>Medicamento para ter relação sexual</b>			
Sim	3 (100,0)	0 (0,0)	1,000 *
Não	12 (75,0)	4 (25,0)	
	<b>Média ± DP</b>	<b>Média ± DP</b>	
Idade	31,33 ± 11,68	33,00 ± 4,83	0,361 **
Tempo de lesão	44,27 ± 27,60	29,00 ± 14,54	0,293 **
IIFE - escore total	48,40 ± 18,19	16,50 ± 4,36	<b>0,009 **</b>

(\*) Teste Exato de Fisher (\*\*) Teste de Mann-Whitney

Na tabela 1, observa-se que só houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis “Relação sexual no último mês” e “IIFE - escore total” em relação a “Vida sexual ativa”.



**Tabela 2 – Caracterização da amostra**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vida sexual ativa</b>		
Sim	15	78,9
Não	4	21,1
<b>Relação sexual no ultimo mês categorizada</b>		
Sim	13	68,4
Não	6	31,6
<b>Nível neurológico da lesão</b>		
Acima de T11	13	68,4
Entre T11-L2	5	26,3
Entre L3-S2	1	5,3
<b>Grau de deficiência neurológica</b>		
Completa	7	36,8
Incompleta	12	63,2
<b>Causa do acidente</b>		
Acidente de carro	1	5,3
Acidente de moto	5	26,3
Ferimento por arma de fogo	6	31,5
Ferimento por arma branca	1	5,3
Queda de altura	1	5,3
Mergulho	2	10,5
Outros	3	15,8
<b>Medicamento para ter relação sexual</b>		
Sim	3	15,8
Não	16	84,2

**Tabela 3 – Domínios da função sexual masculina**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Domínio de função erétil</b>		
Sem disfunção	6	31,5
Disfunção erétil leve	1	5,3
De leve a moderada	3	15,8
Moderada	3	15,8
Disfunção erétil grave	2	10,5
Indivíduo não tem ou não tentou ter atividade	4	21,1
<b>Domínio de Função erétil categorizado</b>		
Com disfunção	10	52,6
Sem disfunção	6	31,6
Sem atividade sexual	3	15,8
<b>Domínio de desejo sexual</b>		
Disfunção moderada	2	10,5
Disfunção leve a moderada	4	21,1
Disfunção leve	5	26,3
Sem disfunção	8	42,1
<b>Domínio de função orgástica</b>		
Sem vida sexual ativa	4	21,1
Disfunção grave	6	31,5
Disfunção moderada	2	10,5
Disfunção leve a moderada	2	10,5
Disfunção leve	1	5,3
Sem disfunção	4	21,1
<b>Domínio de satisfação sexual</b>		
Sem vida sexual ativa	4	21,1
Disfunção grave	1	5,3
Disfunção moderada	3	15,8
Disfunção leve a moderada	4	21,1
Disfunção leve	5	26,2
Sem disfunção	2	10,5
<b>Domínio de satisfação geral</b>		
Disfunção grave	2	10,5
Disfunção moderada	2	10,5
Disfunção leve a moderada	6	31,6
Disfunção leve	1	5,3
Sem disfunção	8	42,1