INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

A Intimidade na Relação Amorosa pós-AVC: O papel da comunicação na funcionalidade e satisfação sexuais

Maria Nobre Dias

Mestrado em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:
Professora Doutora Marta Osório de Matos, Investigadora Associada,
Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, CIS-Iscte

Co-Orientador:
Doutor David L. Rodrigues, Investigador Auxiliar com Agregação,
Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, CIS-Iscte

Setembro, 2025

CIÊNCIAS SOCIAIS
E HUMANAS

Departamento de Psicologia

A Intimidade na Relação Amorosa pós-AVC: O papel da comunicação na funcionalidade e satisfação sexuais

Maria Nobre Dias

Mestrado em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:
Professora Doutora Marta Osório de Matos, Investigadora Associada,
Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, CIS-Iscte

Co-Orientador:
Doutor David L. Rodrigues, Investigador Auxiliar com Agregação,
Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, CIS-Iscte

Setembro, 2025

Agradecimentos

A entrega da dissertação marca o fim de uma grande etapa. Chegar ao fim deste percurso, passado cinco anos, parece surreal. Deste modo, faz sentido destacar as pessoas que o marcaram.

Gostaria de agradecer aos meus orientadores. Foram um porto seguro no meio de muitas incertezas. A ajuda, disponibilidade, apoio e orientação recebida foram essenciais para a realização deste trabalho. Por tudo isto e muito mais, um grande obrigada.

À minha família, por me acompanhar desde o primeiro dia. Mesmo quando entrei num curso completamente diferente, nunca deixaram de me encorajar a seguir a minha intuição. De facto, Psicologia esteve desde pequena dentro de mim.

Em especial, à minha mãe, por ser a minha pessoa de referência. Obrigada por seres mãe, amiga, confidente, ouvinte, companheira de noitadas de estudo e um pilar fundamental na minha vida. Obrigada por disponibilizares sempre um bocadinho do teu tempo para me ouvires, aconselhares e, principalmente, por me comprares bolachinhas do Auchan quando estou mais triste. No fundo, obrigada por tudo, sem o teu exemplo não seria a pessoa que sou hoje.

Ao meu pai, por mostrar, do seu modo, o orgulho que tem em mim. À minha querida tia, de quem gosto tanto. Trago-te sempre comigo no coração. À minha avozinha, que, mesmo longe e com os seus 96 anos, nunca deixou de me dar palavras de força e de transmitir segurança no seu abraço. “Avó, da próxima vez que voltarmos a ver o sozinho em casa, já vou ser Mestre”.

À minha gatinha, por todas as vezes que saltou para cima do meu computador e suavizou os momentos de desespero ao me fazer sorrir.

Por fim, às minha amigas. Especialmente à Rita, a minha primeira amiga, por levarmos a vida, desde pequeninas, com leveza, humor, consumismo e, acima de tudo, companheirismo. À Bianca e à Nicole, por terem sido as melhores pessoas que podia ter trazido do secundário. À Carol e à Rita. A praxe fez com que nos conhecêssemos, mas não definiu a nossa amizade. Obrigada por me permitirem ser eu própria. Esta conquista é nossa. À Cate e à Pipa. O que o Hayday junta, ninguém separa.

Este é o primeiro dia do resto da minha vida.

Resumo

O AVC permanece, atualmente, a principal causa de incapacidade e a segunda principal causa de morte a nível mundial. É, portanto, fulcral compreender como é que pessoas sobreviventes se ajustam à presença de doença, à necessidade de cuidados e como retomam diferentes dimensões da sua vida. Este estudo teve como objetivo aprofundar a compreensão da sexualidade em sobreviventes de AVC, no âmbito da sua qualidade de vida, através da análise da comunicação sexual como possível mecanismo explicativo das associações entre funcionalidade física pós-AVC e funcionalidade e satisfação sexuais pós-AVC. Os resultados de um estudo correlacional com 59 participantes numa relação amorosa (69,5% do sexo feminino, M_{Idade} = 52,39, *DP* = 13,18), mostraram que sobreviventes de AVC com maior funcionalidade física apresentam não só maior satisfação sexual, como maior funcionalidade sexual. Ainda que a comunicação sexual não tenha um papel explicativo em ambas as associações, pessoas sobreviventes com maior funcionalidade física tendem a comunicar sobre sexualidade mais frequentemente. Estes resultados permitem-nos refletir sobre a importância de integrar a saúde sexual de sobreviventes de AVC durante e após o período de reabilitação.

Palavras chave: AVC, sexualidade, funcionalidade sexual, satisfação sexual, funcionalidade física

Abstract

Stroke remains the leading cause of disability and the second leading cause of death, globally. Therefore, it is crucial to understand how survivors adjust to the presence of disease, the need for care, and how they adapt different domains of their lives. This study aimed to deepen the understanding of sexual health on stroke survivors, by analyzing sexual communication as a possible explanatory mechanism for the associations between post-stroke physical functionality and post-stroke sexual functionality and satisfaction. The results of a correlational study with 59 participants in a romantic relationship (69.5% female, M_{Age} = 52.39, SD = 13.18) showed that stroke survivors with greater physical functionality not only have greater sexual satisfaction but also greater sexual functionality. Although sexual communication does not play an explanatory role in both associations, survivors with greater physical functionality tend to communicate about their sexuality more frequently. These results allow us to reflect on the importance of integrating the sexual health of stroke survivors during and after the rehabilitation period.

Keywords: stroke, sexuality, sexual functionality, sexual satisfaction, physical functionality

Índice

Introdução **1**

Capítulo 1. Enquadramento Teórico **5**

1.1.Impactos do AVC na Qualidade da Relação 5

1.2. Sexualidade – Satisfação e Funcionalidade Sexuais pós-AVC 6

1.3. Comunicação no âmbito da sexualidade 8

1.4. Objetivos de Estudo 9

Capítulo 2. Método **11**

2.1. Desenho do Estudo 11

2.2. Participantes 11

2.3. Medidas 13

2.4. Procedimento 15

2.5. Análise de Dados 17

Capítulo 3. Resultados **19**

3.1. Características Descritivas das Variáveis em Estudo 19

3.2. Comparações entre Características Sociodemográficas e Variáveis do Estudo 22

3.3. Correlações 22

3.4. Testes às Hipóteses em Estudo 23

3.4.1. Satisfação Sexual 23

3.4.2. Funcionalidade Sexual 25

Capítulo 4. Discussão **29**

4.1. Discussão dos Resultados 29

4.2. Limitações e Estudos Futuros 31

4.3. Implicações Práticas e Sociais 33

4.4. Conclusão 34

Referências Bibliográficas **35**

Anexos **43**

Anexo A – Escala de Funcionalidade Física 43

Anexo B – Escala de Funcionalidade Sexual 44

Anexo C – Escala de Comunicação Sexual 45

Anexo D – Escala de Satisfação Sexual 48

Anexo E – Consentimento Informado 49

Anexo F – Debriefing 51

Índice de Quadros

Quadro 2.1. – Frequência de Dados Sociodemográficos e Relacionais dos Participantes 12
Quadro 3.1 – Características Descritivas das Variáveis em Estudo 20
Quadro 3.3 – Correlações de Pearson entre todas as Variáveis do Estudo 22
Quadro 3.4.1. – Modelo de Mediação referente às Hipóteses 1 e 3 24
Quadro 3.4.2. – Modelo de Mediação Referente às Hipóteses 2 e 4 26

Índice de Figuras

Figura 1.1 – Modelo Conceptual Relativo às Hipóteses em Estudo 9

Introdução

Um Acidente Vascular Cerebral (AVC) ocorre quando o fornecimento de sangue a uma parte do cérebro é interrompido, levando à morte de um conjunto de células cerebrais e provocando uma deficiência súbita, seja por entupimento (AVC isquémico) ou rotura (AVC hemorrágico) de uma artéria cerebral (Stroke Association, 2025).

O AVC é a principal causa de incapacidade e a segunda principal causa de morte a nível mundial (World Stroke Organization, 2025), constituindo um problema de saúde pública (Uva & Dias, 2014). Anualmente, cerca de 25,000 doentes dão entrada hospitalar devido à ocorrência de um AVC em Portugal, sendo esta atualmente a principal causa de morte e de incapacidade em idade adulta (SNS, 2024). Entre os principais fatores de risco para a ocorrência de AVC encontra-se a idade, tendo a World Stroke Organization (2025) reportado que aproximadamente 60% dos AVC tende a ocorrer após os 70 anos e 16% antes dos 50 anos. De acordo com a Global Stroke Factsheet (Feigin et al., 2022), o risco de sofrer um AVC ao longo da vida aumentou cerca de 50% nos últimos 17 anos, estimando-se atualmente que uma em cada quatro pessoas possa vir a experienciar um AVC durante a sua vida.

Segundo a associação Portugal AVC (2025), cerca de 70% das pessoas sobreviventes apresentam tensão arterial elevada. Outros fatores como tabagismo, alcoolismo, arritmia cardíaca, diabetes ou níveis de elevados de gordura no sangue aumentam a probabilidade de vir a sofrer um AVC (Portugal AVC, 2025; Silva et al., 2020).

Num estudo realizado por Falcão e colegas (2004) a 46 sobreviventes de AVC entre os 20 e os 59 anos de idade, foi identificado que as incapacidades físicas presentes no período pós-AVC mais comuns passavam pela perda de motricidade, de coordenação motora, de flexibilidade, de equilíbrio e força muscular, enfatizando principalmente a zona contralateral à lesão cerebral. Neste sentido, atividades como vestir, cozinhar, conduzir e trabalhar, consoante as suas particularidades, tendem a ficar comprometidas (Korpelainen et al., 2014; Portugal AVC, 2025). O AVC pode ter ainda consequências neurológicas, não só a nível cognitivo, como défices de memória e atenção, mas também a nível da fala e da linguagem, como a afasia (Sheppard & Sebastian, 2021).

Para além das consequências identificadas, sobreviventes de AVC também experienciam alterações noutras áreas do seu dia a dia, como por exemplo, na sua vida sexual (Korpelainen et al., 2014). A satisfação sexual pode ser entendida como uma resposta afetiva que resulta da avaliação subjetiva do grau no qual a atividade sexual de uma pessoa corresponde aos seus

ideais (e.g., experiências sexuais passadas, expetativas atuais e futuras; Lawrance & Byers, 1995; Pechorro et al., 2009). Assim, alterações, nomeadamente físicas e no nível de dependência de sobreviventes, poderão suscitar mudanças na sua sexualidade, tanto na funcionalidade sexual como de satisfação sexual. Estudos têm demonstrado isto mesmo, sendo a disfunção sexual pós-AVC relativamente comum (Guo et al., 2015; Park et al., 2015), assim como o decréscimo da satisfação sexual (McGrath et al., 2019). Pelo contrário, Lever e Pryor (2017) verificaram que o regresso à intimidade sexual por sobreviventes de AVC é um marco importante na recuperação. Apesar desta evidência, estudos focados na satisfação sexual e funcionalidade sexual no período pós-AVC são ainda escassos (Contrada et al., 2023; Lopes, 2024; McGrath et al., 2019). Como tal, a presente dissertação tem por objetivo compreender melhor a sexualidade no período pós-AVC, nomeadamente explorando possíveis aspetos que poderão associar-se à recuperação da sexualidade na vida de pessoas sobreviventes.

Para além das implicações a nível individual, o AVC tem também implicações a nível social, tendo impacto nas pessoas que rodeiam sobreviventes, tais como família e outras pessoas de referência (Anderson et al., 2017). Investigação prévia mostrou que, em média, cerca de 70% das pessoas que sofrem um AVC e recebem tratamento de reabilitação regressam ao seu domicílio, ainda que cerca de 25% requeira assistência ou acompanhamento permanente (Conroy et al., 2009; Mees et al., 2016). No caso de pessoas numa relação amorosa, muitas vezes, é a pessoa parceira que assume o papel de cuidadora, mesmo nos casos em que o nível de dependência não é elevado (i.e., quando há maior autonomia por parte das pessoas que sofreram um AVC; Krueger et al., 2015). Assim, as pessoas cuidadoras tornam-se pilares centrais no processo de adaptação à doença, sendo também afetadas pelo mesmo (Krueger et al., 2015). Deste modo, é importante considerar a qualidade das relações amorosas e entender mais aprofundadamente a relação no contexto de cuidado pós-AVC. Este é outro dos aspetos para os quais a presente dissertação pretende contribuir.

Nas últimas décadas, o papel da comunicação na qualidade das relações amorosas tem vindo a ser estudado (Johnson et al., 2022), sendo uma das suas principais componentes (Duncan & Rock, 1993) e estando associada a diferentes indicadores relacionais e sexuais, tais como mais satisfação e intimidade relacional (Johnson et al., 2022). A comunicação sexual, mais especificamente, pode ser entendida como a discussão, revelação e expressão de necessidades e preferências sexuais entre pessoas parceiras (McNicoll et al., 2017). Sendo o período pós-AVC uma etapa marcada por diferentes mudanças, é importante perceber se a comunicação sexual poderá desempenhar um papel relevante no regresso à intimidade sexual das pessoas que experienciaram um AVC.

Em suma, esta dissertação tem por objetivo compreender a ligação entre as limitações físicas, resultantes de AVC, e as experiências relacionais e sexuais. Mais concretamente, pretende-se estudar a associação entre o impacto do AVC na funcionalidade física e a satisfação e a funcionalidade sexuais, depois do período de reabilitação. Também se pretende explorar o papel da comunicação no âmbito da sexualidade, e se tais associações podem ser explicadas pela mesma.

Capítulo 1. Enquadramento Teórico

1.1.Impactos do AVC na Qualidade da Relação

Segundo Bard e Acitelli (2005), viver com doença crónica ou incapacidade restringe não só aspetos relacionados com aptidão física, mas também com o desempenho de alguns papéis sociais. De facto, existem experiências comuns à maioria das pessoas sobreviventes de AVC após o período de reabilitação, tais como alterações de experiências íntimas e de interações sociais (Park et al., 2015).

Considerando que as relações amorosas constituem um importante preditor de saúde e de longevidade (Karraker & Latham, 2015), existe a necessidade de compreender como é que os casais se ajustam à presença de doença crónica e à necessidade de cuidados que daí advém (Anderson & Keating, 2018). A evidência empírica tem mostrado alterações nas dinâmicas relacionais, resultantes do aumento da dependência da pessoa sobrevivente e do sentido de responsabilidade assumido pela pessoa cuidadora (frequentemente a pessoa parceira; Anderson et al., 2017; Gaugler, 2010). Alguns estudos sugerem que é comumente experienciado o surgimento de papéis semelhantes àqueles entre figuras progenitoras e descendentes, alterações na equidade relacional, diminuição da comunicação entre pessoas parceiras, ou diminuição de intimidade relacional no período pós-AVC (Backstrom et al., 2010; Quinn et al., 2014b). Num outro estudo, foi também verificado que a probabilidade de divórcio é mais elevada nos primeiros três anos pós-AVC, comparativamente àquela verificada numa população normativa com a mesma idade (Trygged et al, 2011).

Ainda que a qualidade das relações amorosas seja pouco aprofundada na literatura sobre AVC, Anderson e Keating (2018) identificaram que ter uma relação amorosa com qualidade é um importante recurso na gestão e recuperação pós-AVC. Além disso, a proximidade entre pessoas na relação encontra-se associada a melhores indicadores entre sobreviventes, tanto a nível físico--potenciando uma melhor recuperação funcional--, para a própria relação--potenciando maior satisfação relacional--, como para a própria pessoa--potenciando maior satisfação com a vida. Deste modo, torna-se importante considerar a qualidade do relacionamento e entender mais aprofundadamente a relação no contexto de cuidado pós-AVC. A investigação tem dado mais ênfase ao impacto negativo do AVC nas pessoas cuidadoras. Por contraste, o presente estudo analisa o impacto negativo do AVC sob a perspetiva de sobreviventes, tendo por objetivo identificar possíveis mecanismos subjacentes à qualidade da relação amorosa e ao processo de reabilitação.

1.2. Sexualidade – Satisfação e Funcionalidade Sexuais pós-AVC

A sexualidade é um importante domínio de saúde e bem-estar, desempenhando um papel fundamental na qualidade de vida e na qualidade das relações amorosas (Guo et al., 2015; Park et al., 2015). De acordo com a World Health Organization (WHO, 2010), a sexualidade é um domínio influenciado pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, culturais, religiosos e espirituais. Neste sentido, em pessoas com doenças crónicas ou que passaram por um episódio de doença aguda (e.g., um AVC), a reabilitação – que inclui reabilitação no âmbito da saúde sexual - pode ser encarada como um desafio multidisciplinar e multidimensional (Lopes, 2024).

A satisfação sexual pode ser definida como uma resposta afetiva que resulta da avaliação subjetiva do grau no qual a atividade sexual de uma pessoa corresponde aos seus ideais (e.g., experiências sexuais passadas, expetativas atuais e futuras; Lawrance & Byers, 1995; Pechorro et al., 2009), assumindo um papel fundamental no bem-estar pessoal (Sánchez-Fuentes et al., 2014). Num contexto pós-AVC, as pessoas experienciam mudanças a nível físico, psicológico e cognitivo, tornando-se provável que os seus ideais e expetativas sexuais também possam sofrer alterações (Contrada et al., 2023). Estudos têm demonstrado isso mesmo. As limitações pós-AVC têm implicações na intimidade sexual de sobreviventes e podem estar associadas a uma menor satisfação sexual, sendo esta uma das principais consequências identificadas na saúde sexual em contexto pós-AVC (Brandão et al., 2025; Korpelainen et al., 2014; Vikan et al., 2021). Segundo Lópes e Fuertes (1999), fatores como a capacidade de comunicação, a procura ativa de intimidade, o sentido de confiança e a liberdade sentidos por parte de cada pessoa na relação também são relevantes para a satisfação sexual. Segundo a revisão de Brandão e colegas (2025), juntamente com a diminuição de satisfação sexual, alterações da funcionalidade sexual, do desejo e prazer experienciado durante contactos sexuais e o aumento de *distress* sexual são também habitualmente reportados por sobreviventes.

Também a funcionalidade sexual faz parte da experiência humana e relacional e está intimamente associada à promoção de relacionamentos prazerosos, de intimidade (Diamond & Huebner, 2012) e de qualidade de vida (Pereira, 2017). A funcionalidade sexual engloba os mecanismos sexuais que estão na base da resposta sexual humana, nomeadamente, desejo, excitação, orgasmo e resolução (Frohlich e Meston, 2002). Quando esses mecanismos estão de alguma forma condicionados, fala-se de disfunção sexual (Pereira, 2017), o que impacta negativamente a saúde, podendo apresentar consequências não apenas físicas (i.e.,

disseminação de doenças subjacentes, como diabetes e doenças cardiovasculares), mas também psicológicas, (i.e., ansiedade e baixa autoestima; Ozhan et al., 2015).

Sabe-se que a disfunção sexual pós-AVC tem uma elevada prevalência (20%-75%), distribuída igualmente entre homens e mulheres (Guo et al., 2015; Park et al., 2015). As disfunções sexuais que têm sido identificadas em pessoas pós-AVC incluem dificuldade em atingir e/ou manter ereção, diminuição da líbido, dificuldades na lubrificação ou dificuldades em atingir orgasmo (Korpelainen et al., 2014). Mais de um terço de sobreviventes reporta também dificuldade em se envolver sexualmente com a pessoa parceira, um ano após o evento (Bugnicourt et al., 2014). A revisão sistemática de Grenier-Genest e colegas (2017) indica ainda que sofrer um AVC aumenta em cerca de 15% o risco de experienciar disfunção sexual e em cerca de 5% a possibilidade de deixar de ter atividade sexual, estando também associado à diminuição de desejo sexual e líbido.

Entre as causas da disfunção sexual poderão estar diferentes fatores. Fatores externos, tais como efeitos secundários de medicação; fatores internos, tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus, ou um índice de massa corporal elevado; e questões psicológicas, tais como a ansiedade, o receio de experienciar um novo AVC, ou baixa autoestima, também desempenham um papel importante na disfunção sexual, podendo contribuir para a diminuição de desejo sexual. É de acrescentar que alterações neurológicas podem também afetar diretamente os mecanismos de resposta sexual (Contrada et al., 2023; Portugal AVC, 2025).

Deste modo, pretende-se confirmar que maior funcionalidade física da pessoa sobrevivente de AVC está associada a maior funcionalidade sexual e maior satisfação sexual. Pretende-se igualmente explorar um possível mecanismo que explique estas associações.

Um construto que tem recentemente vindo a ser estudado é a comunicação sexual em pessoas parceiras. Segundo May e Johnston (2022), pessoas que comunicam sobre a sua sexualidade tendem a reportar maior satisfação sexual, o que sugere que a comunicação sexual é uma variável importante no plano da satisfação com a sexualidade. No entanto, não se encontram evidências sobre o papel da comunicação sexual em pessoas pós-AVC. Uma vez que a comunicação sobre sexualidade é importante para a satisfação com a sexualidade em outras populações (e.g., a comunicação mais frequente e detalhada sobre desejos e necessidades sexuais com pessoas parceiras; Herbenick et al., 2019), também poderá assumir igual (ou maior) importância junto de pessoas para quem a sexualidade tende a estar dificultada (i.e., sobreviventes pós-AVC). Como tal, a presente dissertação, propõe que a comunicação poderá ser um dos fatores que explica a associação entre a funcionalidade física e a funcionalidade e satisfação sexuais.

1.3. Comunicação no âmbito da sexualidade

A investigação tem vindo a procurar que aspetos se encontram relacionados com a satisfação sexual. Foi verificado em diferentes estudos que a comunicação mais frequente sobre desejos e necessidades sexuais com pessoas parceiras está associada a diferentes benefícios relacionais, nomeadamente a maior satisfação sexual (Herbenick et al., 2019; May & Johnston, 2022). Por exemplo, Herbenick e colegas (2019), verificaram que participantes que reportaram sentir-se mais confortáveis em comunicar aberta e detalhadamente sobre a sua sexualidade com pessoas parceiras, reportaram também maior satisfação sexual. O estudo qualitativo de Nilsson e colegas (2017) oferece suporte adicional a este argumento, já que participantes com menor frequência de comunicação sexual reportaram também menor satisfação sexual e relacional. No entanto, não são conhecidas investigações sobre a relação entre a comunicação sexual e a funcionalidade física e sexual. Esta parece-nos uma associação importante a ser explorada pois, analisando as alterações físicas no período pós-AVC, é de notar que a pessoa sobrevivente de AVC também tende a experienciar uma mudança na forma como se relaciona com o próprio corpo, ficando mais atenta e consciente de eventuais limitações físicas (McGrath et al., 2019). Tal pode motivar um distanciamento da intimidade sexual por gerar uma visão pessoal mais crítica e a antecipação de uma visão semelhante na pessoa parceira (McGrath et al., 2019), podendo refletir-se igualmente na comunicação sobre sexualidade.

Existem algumas barreiras à comunicação sobre sexualidade entre pessoas parceiras no contexto pós-AVC. Na sua revisão sistemática, McGrath e colegas (2019) identificaram três grandes barreiras junto de pessoas sobreviventes de AVC: (1) dificuldade em comunicar e expressar livremente necessidades e desejos sexuais; (2) receio em originar momentos de tensão na relação; e (3) medo de experienciar rejeição. Em paralelo, foi verificado que a pessoa companheira (habitualmente, a pessoa cuidadora informal) tende a crer que a sexualidade deixa de ser uma dimensão importante para a vida e rotina relacionais. Por outras palavras, parece haver um impasse na medida em que, por um lado existe dificuldade em comunicar sobre sexualidade e, por outro, a crença de que a sexualidade deixa de ser central. Contudo, a investigação demonstra também que sobreviventes de AVC desejam, apesar de nem sempre o conseguirem, partilhar abertamente as suas necessidades sexuais com a pessoa companheira (McGrath et al., 2019; Rehman et al., 2019) e aprender sobre questões como a funcionalidade sexual no período de adaptação pós-AVC (Guo et al., 2015). Com base nesta evidência, pretende-se explorar se a comunicação sexual poderá ser um dos mecanismos subjacentes para

explicar as associações da funcionalidade física com a satisfação sexual e a funcionalidade sexual.

1.4. Objetivos de Estudo

Com este trabalho procuramos contribuir para o conhecimento sobre o ajustamento à intimidade sexual no âmbito das relações amorosas em pessoas sobreviventes de AVC, enfatizando o papel da sexualidade no âmbito da qualidade de vida das pessoas no período pós-AVC. Mais concretamente, o presente estudo tem como principal objetivo estudar a associação entre o impacto do AVC na funcionalidade física e a satisfação e a funcionalidade sexuais, em pessoas sobreviventes de AVC, após o período de reabilitação. Também se pretende explorar o papel da comunicação sobre sexualidade, nas associações da funcionalidade física pós-AVC com a satisfação e a funcionalidade sexuais. Espera-se que a comunicação sexual seja um processo explicativo de ambas associações – ver Figura 1. Neste sentido, é esperado que:

H1: A funcionalidade física pós-AVC esteja associada a maior satisfação sexual pós-AVC.
H2: A funcionalidade física pós-AVC esteja associada a maior funcionalidade sexual pós-AVC.
H3: Comunicação sexual mais frequente medeie a associação entre a funcionalidade física pós-AVC e a satisfação sexual pós-AVC.
H4: Comunicação sexual mais frequente medeie a associação entre a funcionalidade física pós-AVC e a funcionalidade sexual pós-AVC.

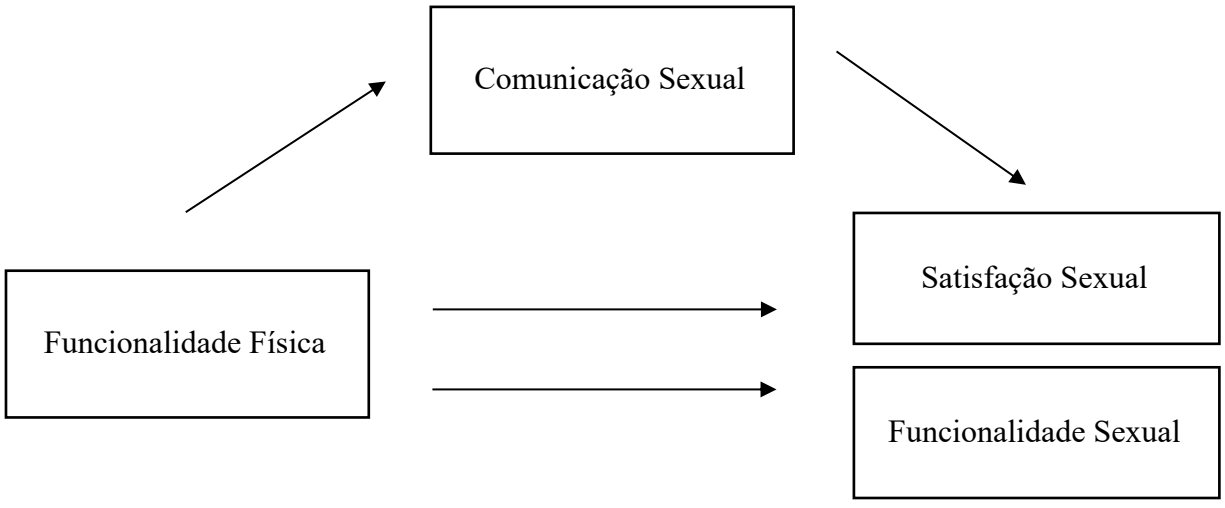


Figura 1.1 – *Modelo Conceptual Relativo às Hipóteses em Estudo*

Capítulo 2. Método

2.1. Desenho do Estudo

O presente estudo pretende garantir principalmente a precisão e confiabilidade dos resultados obtidos e da sua interpretação, acedendo às experiências pós-AVC de participantes. Posto isto, e tendo em consideração as características da população em estudo, foi seguida uma metodologia quantitativa. Este trabalho assume também uma natureza correlacional, uma vez que se destina ao estabelecimento de relações entre as variáveis em estudo, sem estabelecer efeitos de causalidade.

2.2. Participantes

Acederam ao questionário 76 pessoas sobreviventes de AVC, das quais 17 foram excluídas por não terem preenchido o questionário na totalidade. Da amostra final (N = 59), a maioria indicou ser do sexo feminino (69,5%) e tinha idades compreendidas entre os 22 e os 89 anos (M = 52,39; DP = 13,18). Como é possível observar no Quadro 2.1, a maioria das pessoas indicou ser de etnia branca/caucasiana, mais de metade indicou ter pelo menos o ensino básico concluído e mais de metade indicou ter emprego, a tempo parcial ou inteiro. No que diz respeito ao estado civil, a maioria das pessoas participantes encontravam-se casadas ou em união de facto, tendo reportado estarem numa relação, em média, há cerca de 19 anos (M = 235 meses, DP = 159,84 meses; mínimo = 10 meses; máximo = 780 meses). Verificou-se ainda que a maioria das pessoas coabitava com a pessoa parceira e que, desde o AVC, 71,2% (n =42) manteve atividade sexual. Clinicamente, importa frisar que as pessoas da amostra indicaram ter experienciado o AVC, em média, há cerca de 5 anos (M = 58 meses, DP = 62,86 meses; mínimo = 6 meses, máximo = 264 meses). Detalhes sobre as características demográficas são apresentados no Quadro 2.1.

Quadro 2.1. – Frequência de Dados Sociodemográficos e Relacionais dos Participantes

	n	*%*
Sexo Determinado à Nascença		
Feminino	41	69,5
Masculino	16	27,1
Prefiro não responder	2	3
Género		
Mulher	39	66,1
Homem	18	30,5
Pessoa trans	1	1,7
Pessoa não-binária	1	1,7
Etnia		
Árabe	2	3,4
Asiática	1	1,7
Branca/ Caucasiana	44	74,6
Negra	5	8,5
Latina	6	10,2
Prefiro não responder	1	1,7
Nível de escolaridade		
Sem Escolaridade	3	5,1
Ensino Básico	12	20,3
Ensino Secundário	15	25,4
Licenciatura	21	35,6
Mestrado/ Pós-Graduação	6	10,2
Doutoramento	1	1,7
Sem resposta	1	1,7
Ocupação Profissional		
Pessoa Empregada (tempo parcial ou inteiro)	31	52,5
Pessoa Desempregada	5	8,5
Pessoa Reformada	22	37,3
Outra	1	1,7
Estado Civil		
Pessoa Solteira	9	15,3
Pessoa Casada ou em União de Facto	44	74,6
Pessoa Separada ou Divorciada	6	10,2
Pessoa Viúva	-	-
Sexo da Pessoa Parceira		
Masculino	38	64,4
Feminino	18	30,5
Intersex	1	1,7
Sem Resposta	2	3,4
Coabitação com Pessoa Parceira		
Sim	54	91,5
Não	3	5,1
Sem Resposta	2	3,4
Manutenção de atividade sexual desde o AVC		
Sim	42	71,2
Não	14	23,7
Sem Resposta	3	5,1

2.3. Medidas

O questionário foi construído por quatro instrumentos.

Duas das medidas não se encontravam validadas com amostras portuguesas—*Verbal and Nonverbal Sexual Communication Questionnaire* (Santos-Iglesias & Bryers, 2018) e *Stroke Impact Scale-16* (Duncan et al., 2003) — pelo que foi necessário fazer o processo de tradução-retroversão. Para tal, foi utilizado o processo descrito na literatura (Beaton et al., 2000). Concretamente, três pessoas de nacionalidade portuguesa e proficiente em língua inglesa procederam à tradução dos itens e da escala de resposta de forma independente. Para a construção frásica dos itens foi utilizada linguagem quotidiana, por forma a facilitar a interpretação dos mesmos. Em seguida compararam-se as traduções e chegou-se a um consenso sobre a formulação final através de discussão. Uma das três pessoas procedeu então à retroversão dos itens para a língua original, comparando os itens traduzidos com a sua versão original e ajustando discrepâncias.

Os restantes dois instrumentos—*Global Measure of Sexual Satisfaction* (Lawrance & Byers, 1995) e *Massachusetts General Hospital – Functioning Questionnaire* (Labate & Lare, 2001) — já tinham sido previamente validados com amostras em Portugal, pelo que foi utilizada a versão portuguesa (Pascoal et al., 2013; Pereira, 2017, respetivamente).

Funcionalidade Física

De forma a avaliar as diferentes dimensões da vida diária no âmbito da funcionalidade física pós-AVC, foi usada a *Stroke Impact Scale-16*, que, por lapso na construção do questionário, incluiu 15 dos seus 16 itens (SIS-16; Duncan et al., 2003). Esta medida é a versão reduzida da Stroke Impact Scale (Duncan et al., 2003), concebida com o objetivo de incorporar os domínios avaliados pelo Índice de Barthel (Mohoney & Barthel, 1965) e pelo SF-36 (Anderson et al., 1996). Trata-se, assim, de um instrumento de avaliação completo e especificamente dirigido para a população sobrevivente de AVC.

Para preencherem a SIS-16, as pessoas devem considerar as duas últimas semanas e indicarem em que medida sentiram dificuldades na realização de diferentes tarefas, usando uma escala de resposta de cinco pontos (1 = *Não consigo de todo* até 5 = *Consigo sem qualquer dificuldade*; Anexo A). Os itens acedem à perceção de força associada à zona contralateral da lesão cerebral (um item: "Carregar objetos pesados com o lado oposto que sofreu o acidente vascular cerebral?"), à mobilidade dos membros superiores e inferiores (sete itens, e.g., "Subir

um lanço de escadas") e à autonomia na execução de diferentes atividades de vida diárias (oito itens; e.g., "Vestir-se da cintura para cima").

Segundo o estudo original (Duncan et al., 2003), o cálculo de funcionalidade física é representado numa variável compósita em que a pontuação total é calculada através da divisão da média de respostas a cada item subtraído pelo valor mínimo, pela subtração do valor máximo pelo valor mínimo. O total obtido da divisão é multiplicado por 100. Pontuações finais variam entre 0 e 100, sendo valores mais elevados indicativos de maior funcionalidade física. No estudo original, a medida apresentou uma boa consistência interna (α = 0,94). No presente estudo, esta medida também apresentou uma boa consistência interna (α = 0,96; Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Satisfação Sexual

Foi utilizada a versão portuguesa (Pascoal et al., 2013) da *Global Measure of Sexual Satisfaction* (GMSEX; Lawrance & Byers, 1995) para avaliar a satisfação sexual atual no contexto da sua relação amorosa, consoante a apreciação subjetiva de cinco itens. Cada item corresponde a um conjunto bipolar de adjetivos, associados a escalas de resposta com sete pontos: 1 = *Muito má* a 7 = *Muito boa*; 1 = *Muito desagradável* a 7 = *Muito agradável*; 1 = *Muito negativa* a 7 = *Muito positiva*; 1 = *Muito insatisfatória* a 7 = *Muito satisfatória*; 1 = *Muito irrelevante* a 7 = *Muito importante* (Anexo D). É calculado o somatório das respostas, sendo que os valores podem variar entre 5 e 35, com valores mais elevados a indicar maior satisfação sexual.

No estudo de validação em Portugal (Pascoal et al., 2013), esta medida apresentou uma adequada consistência interna (α = 0,83). Também no presente estudo esta medida apresentou uma boa consistência interna (α = 0,96; Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Funcionalidade Sexual

Foi utilizada a versão portuguesa de Pereira (2017) da *Massachusetts General Hospital – Functioning Questionnaire* (MGHFQ; Labbate & Lare, 2001) que inclui cinco itens. Esta medida tem vindo a ser utilizada como uma medida fiável do funcionalidade sexual, tanto em populações normativas, como na identificação de disfunção sexual em populações clínicas (Dording et al., 2012; Hoyer et al., 2009; Taylor et al., 2013).

Para preencher a MGHFQ, as pessoas devem considerar o último mês e classificar cada item (e.g., "Como esteve o seu interesse sexual?"; "Como esteve a sua capacidade para obter

orgasmos?") de acordo com uma escala de resposta com sete pontos: 1 = *Totalmente ausente*; 2 = *Marcadamente diminuída*; 3 = *Quase normal*; 4 = *Normal*; 5 = *Algo acima do normal*; 6 = *Marcadamente acima do normal*; 7 = *Completamente acima do normal* (Anexo B). É calculada a média das respostas, sendo que valores mais elevados indicam maior funcionalidade sexual (Labate & Lare, 2001).

No estudo de validação em Portugal (Pereira, 2017), esta medida apresentou uma boa consistência interna (α = 0,91), à semelhança do observado no presente estudo (α = 0,95; Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Comunicação Sexual

Para medir a comunicação sexual foi utilizada a *Verbal and Nonverbal Sexual Communication Questionnaire* (Santos-Iglesias & Bryers, 2018). É constituída por 28 itens (Anexo C), subdivididos por três subescalas: "Comunicação Sexual Verbal" (13 itens, e.g., "Quando quero, eu digo ao/à meu/minha parceiro/a que quero fazer sexo"), "Iniciativa e Prazer Sexual Não Verbal" (oito itens, e.g., "Eu acaricio e beijo o/a meu/minha parceiro/a quando ele/ela me dá prazer sexual") e "Rejeição Sexual Não Verbal" (sete itens, e.g., "Quando o/a meu/minha parceiro/a começa a tocar-me sexualmente e eu não estou interessado/a, afasto as suas mãos"). Às pessoas é pedido que indiquem a frequência com que adotam cada um dos comportamentos explícitos, consoante uma escala de resposta com sete pontos (1 = *Nunca* até 7 = *Sempre*). É calculada a média de respostas em cada subescala, sendo que valores mais elevados indicam comunicação sexual mais frequente.

Segundo o estudo original (Santos-Iglesias & Bryers, 2018), a medida apresentou condições de consistência interna aceitáveis (Marôco & Garcia-Marques, 2006), as três subescalas revelaram valores entre 0,75 e 0,87 no sexo masculino e 0,78 e 0,87 no sexo feminino. No presente estudo, as três subescalas revelaram ter uma consistência interna apropriada ($\alpha_{\text{comunicação sexual verbal}}$ = 0,95; $\alpha_{\text{iniciativa e prazer sexual não verbal}}$ = 0,97; $\alpha_{\text{rejeição sexual não verbal}}$ = 0,90).

2.4. Procedimento

A presente investigação foi desenvolvida tendo em consideração o código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2024) e as linhas orientadoras de investigação da *American Psychological Association* (2020). A presente dissertação cumpriu os requisitos éticos exigidos pela Comissão de Ética CIS-Iscte, tendo sido recebido parecer favorável para a realização deste estudo (referência 25001).

Relativamente à seleção de participantes para este estudo, fizeram parte dos critérios de inclusão a pessoa ter sofrido um AVC e encontrar-se numa relação amorosa. Excluíam-se pessoas que se encontrassem hospitalizadas ou institucionalizadas e apresentassem diagnóstico de afasia.

Os dados foram recolhidos *online* através da plataforma *Qualtrics* e presencialmente numa instituição de saúde, especificamente numa Unidade de Saúde Local, através de um dispositivo eletrónico facultado às pessoas participantes. A disseminação do questionário *online* foi feita pela partilha do *link* gerado pela plataforma *Qualtrics,* através de publicações em diversas redes sociais (i.e., *Facebook*, *WhatsApp*, *Instagram*, *LinkedIn*). Foi feito o recrutamento de potenciais participantes através de contactos diretos, de associações destinadas ao apoio de sobreviventes de AVC (i.e., Associação Nacional AVC, Portugal AVC) e de redes sociais, por meio de grupos específicos de AVC (e.g., "Sofri um AVC, o que faço agora" na rede social *Facebook*). Em adição, foi solicitado no fim do questionário que, se conhecessem outras pessoas que pudessem participar, fizessem a partilha do link com as mesmas, de modo a recolher uma maior amostragem. Assim, foi recolhida uma amostra não probabilística por conveniência e em bola de neve.

O questionário iniciou-se com um breve enquadramento e com a explicação dos objetivos do estudo, de modo a clarificar as considerações éticas referentes ao mesmo, nomeadamente o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos. Foi ainda reforçado que as pessoas participantes teriam a liberdade de não responder a qualquer pergunta que suscitasse desconforto desistir do estudo sem qualquer consequência negativa. No final desta informação era pedido o consentimento informado (Anexo E), obrigatório para iniciar o estudo.

O questionário iniciava com questões sociodemográficas, nomeadamente sexo determinado à nascença, identidade de género, idade, habilitações literárias, estado civil, categoria profissional, há quanto tempo o AVC foi experienciado, a duração do relacionamento amoroso atual, se coabita com a pessoa parceira e se foi mantida atividade sexual pós-AVC. Em seguida eram apresentadas as medidas principais (i.e., funcionalidade física, funcionalidade sexual, comunicação sexual e satisfação sexual). Foram ainda inseridas três perguntas de atenção ao longo do questionário, com o intuito de garantir a qualidade das respostas. A primeira pedia para as pessoas participantes selecionarem uma das opções ("Por favor, selecione a terceira opção"). A segunda questionou o grau de atenção despendido durante o questionário ("Quanta atenção prestou neste questionário enquanto o preenchia?; 1 = *Nenhuma atenção* até 4 = *Muita atenção*). A terceira questionou o interesse em manter os dados

para análise ("Selecione uma das seguintes opções; 1 = *Desejo manter as minhas respostas* ou 2 = *Desejo remover as minhas respostas e impedir que sejam analisadas*). No final do questionário era apresentada uma página de *debriefing* (Anexo F), que consistia numa breve explicação sobre os objetivos do estudo, na apresentação de ligações para sites e linhas de apoio caso houvesse interesse em explorar mais sobre o tema e o agradecimento pela colaboração.

Tendo em consideração os riscos que poderiam estar presentes por consequência da recolha de informação potencialmente considerada como sensível pelas pessoas, foi dada especial atenção à linguagem utilizada e ao modo como as questões foram redigidas. Concretamente, os conceitos de atividade sexual e contactos sexuais foram definidos (i.e., qualquer atividade física que envolva prazer ou estimulação sexual, podendo incluir relações sexuais ou outros atos físicos que não conduzam necessariamente ao ato de penetração) e foi evitado qualquer tipo de vocabulário de "calão". De modo a gerir eventuais consequências negativas, foram ainda disponibilizados os contactos da equipa de investigação, permitindo abertura a possíveis comentários ou questões à investigação, juntamente com o contacto de associações de apoio ao AVC e linhas de apoio à sexualidade.

2.5. Análise de Dados

As análises estatísticas do presente trabalho foram realizadas com recurso ao software IBM SPSS Statistics versão 29.

Procedeu-se à análise descritiva das variáveis em estudo, com o intuito de verificar que características sociodemográficas se encontravam relacionadas com o modelo. Mais concretamente, procedeu-se à análise descritiva e de dispersão das variáveis, correlações de Pearson, testes-*t* de amostras independentes e ANOVA. Foi ainda considerada a correção de *Bonferroni*, devido ao número de testes estatísticos a serem realizados e de modo a garantir o controlo da probabilidade de erro do tipo I (Field, 2009). As hipóteses foram testadas recorrendo à Macro PROCESS para SPSS (v4.0; Hayes, 2021). Concretamente, foram testados dois modelos de mediação simples (Modelo 4 da PROCESS), nos quais a funcionalidade física foi a variável preditora (X) e a comunicação sexual foi a variável mediadora (M). Como variáveis critério, foram utilizadas a satisfação sexual (Y; Modelo I) e a funcionalidade sexual (Y; Modelo II). Para tais análises, foram calculados os caminhos diretos e indiretos com 10.000 amostragens (*bootstrapping*) e os respetivos intervalos de confiança de 95%. Os caminhos indiretos foram considerados significativos quando o intervalo de confiança não o incluía o valor zero.

Capítulo 3. Resultados

No seguinte capítulo será descrita a análise das características descritivas das variáveis construídas para a verificação das hipóteses e serão apresentados os resultados referentes aos diferentes testes estatísticos realizados.

3.1. Características Descritivas das Variáveis em Estudo

No Quadro 3.1 encontram-se as estatísticas descritivas das variáveis construídas com os dados recolhidos de todas as pessoas participantes.

Quadro 3.1 – Características Descritivas das Variáveis em Estudo

Variáveis	*N*	Min	Max	PM	*M*	DP	S	SE S	K	SE K
Perceção de Funcionalidade Física	56	5	100	52,5	64,70[a]	19,76	-0,27	0,32	0,01	0,63
Comunicação Sexual Verbal	58	19	88	53,5	57,76[a]	17,55	-0,53	0,31	-0,43	0,62
Iniciativa e Prazer Não Verbal	58	8	56	32	39,70[a]	12,72	-1,06	0,31	0,33	0,62
Rejeição Sexual Não Verbal	58	7	45	26	32,19[a]	9,99	-1,01	0,31	0,08	0,62
Satisfação Sexual	56	5	34	19,5	22,13[a]	7,26	-0,25	0,32	-0,64	0,63
Funcionalidade Sexual	58	1	4,80	2,9	2,84[a]	0,99	0,04	0,31	-0,92	0,62

Nota. PM Ponto Médio da Escala (Min + Max)/2, S Assimetria, SE E Erro Padrão de Assimetria, K Curtose, SE K Erro Padrão de Curtose.

[a] Média de itens superior ao ponto médio da escala (teste-*t* simples a uma média, $p \leq ,001$).

No que concerne à funcionalidade física, verificou-se um valor médio de resposta acima do ponto médio da escala, $t(55) = 24{,}50$, $p \leq 0{,}001$; $d = 19{,}76$. Estes resultados denotam que o grupo de participantes avaliado apresenta uma funcionalidade física pós-AVC moderada. No que diz respeito às medidas de dispersão, verificámos uma distribuição simétrica (i.e., os resultados obtidos estão igualmente distribuídos em torno da média).

Relativamente à comunicação sexual verbal, verificou-se um valor médio de resposta acima do ponto médio da escala, $t(57) = 25{,}06$, $p \leq 0{,}001$; $d = 17{,}55$, pelo que existem bons níveis de comunicação sexual verbal, revelando que os participantes tendem a classificar a sua comunicação relativamente frequente nesse âmbito. Em termos de medidas de dispersão, apresenta simetria (i.e., os resultados estão igualmente distribuídos em torno da média).

Além disso, conseguimos verificar que, quer a variável referente à iniciativa e prazer sexual não verbal, $t(57) = 23{,}76$, $p \leq 0{,}001$; $d = 12{,}72$, quer a variável referente à rejeição sexual não verbal, $t(57) = 24{,}54$, $p \leq 0{,}001$; $d = 9{,}99$, encontram-se acima do ponto médio da escala, reportando que os participantes indicaram níveis ligeiramente elevados de comunicação associada à iniciativa e prazer, e à rejeição sexual não verbal. Em relação às medidas de dispersão, percebemos que evidenciam uma assimetria negativa revelando, portanto, que existe uma maior concentração de valores nas zonas de pontuações mais elevadas da escala, indicando que os participantes tenderam a classificar a sua comunicação como mais frequente consoante as situações apresentadas.

No que diz respeito à satisfação sexual, verificou-se um valor médio de resposta ligeiramente acima do ponto médio da escala, $t(55) = 22{,}80$, $p \leq 0{,}001$; $d = 7{,}26$, o que revela que as pessoas participantes evidenciam satisfação sexual moderada. Relativamente às medidas de dispersão, importa destacar que esta é simétrica (i.e., existe uma maior frequência de resposta em torno da média).

Por fim, no que toca à variável de funcionalidade sexual, verificou-se um valor médio de resposta ligeiramente abaixo do ponto médio da escala, $t(57) = 21{,}92$, $p \leq 0{,}001$; $d = 0{,}99$, o que revela que as pessoas participantes apresentam funcionalidade sexual relativamente reduzida, em comparação com o período das suas vidas em que estiveram mais satisfeitas com a sua funcionalidade sexual. Na análise a esta variável importa mencionar que as medidas de dispersão nos indicam que é simétrica.

Em conformidade com as medidas de dispersão, foi conferido que só a iniciativa e prazer não verbal, $D(58) = 0{,}217$; $p < 0{,}001$, e a rejeição sexual não verbal, $D(58) = 0{,}185$; $p < 0{,}001$, não seguiam uma distribuição normal na população de sobreviventes de AVC.

3.2. Comparações entre Características Sociodemográficas e Variáveis do Estudo

Procedeu-se também à análise de possíveis diferenças significativas entre as características sociodemográficas e as variáveis do estudo. De acordo com a correção de *Bonferroni* e adotando um *p-value* de 0,008, foram verificadas diferenças significativas na variável idade, $p \leq 0{,}001$, pelo que será incluída como co-variável nos modelos em teste.

3.3. Correlações

O Quadro 3.3 mostra as correlações entre as diferentes variáveis. A perceção de funcionalidade física associou-se positiva e significativamente à comunicação sexual verbal $p < 0{,}001$, à iniciativa e prazer não verbal $p < 0{,}001$, à satisfação sexual $p < 0{,}001$ e à funcionalidade sexual $p < 0{,}001$. Além disso, a comunicação sexual verbal associou-se positiva e significativamente à iniciativa e prazer não verbal $p < 0{,}001$, à rejeição sexual não verbal $p < 0{,}001$, à satisfação sexual $p < 0{,}001$ e à funcionalidade sexual $p < 0{,}001$.

Quadro 3.3 - Correlações de Pearson entre todas as Variáveis do Estudo

Variáveis		Correlações					
		1	2	3	4	5	6
Estatuto	Nome						
Preditora	1. Funcionalidade Física	-					
	2. Comunicação Sexual Verbal	0,48***	-				
Mediadoras	3. Iniciativa e Prazer Sexual Não Verbal	0,48***	0,93***	-			
	4. Rejeição Sexual Não Verbal	-0,25	0,43***	0,50***	-		
	5. Satisfação Sexual	0,71***	0,53***	0,47***	-0,22	-	
Resultado	6. Funcionalidade Sexual	0,62***	0,51***	0,46***	-0,05	0,78***	-

* $p < 0{,}050$; ** $p < 0{,}010$; *** $p < 0{,}001$

3.4. Testes às Hipóteses em Estudo

Os resultados das análises de mediação nos Quadros 3.4.1 e 3.4.2.

3.4.1. Satisfação Sexual

Como se pode ver no Quadro 3.4.1, a funcionalidade física associou-se positivamente com satisfação sexual (H1). A funcionalidade física associou-se também positivamente com a comunicação sexual verbal e com a iniciativa e prazer sexual não verbal, e negativamente com a rejeição sexual não verbal. Contudo, nenhuma destas três variáveis se associou significativamente com a satisfação sexual (H3; $p \geq 0{,}07$), não tendo sido encontrada evidência de mediação pela comunicação sexual verbal, pela iniciativa e prazer sexual não verbal ou pela rejeição sexual não verbal. A idade não se associou significativamente com qualquer uma das variáveis do modelo ($p \geq 0{,}08$).

Quadro 3.4.1. – Modelo de Mediação referente às Hipóteses 1 e 3

Modelo I				
	M1	M2	M3	Satisfação Sexual
Preditora	b (SE)	b (SE)	b (SE)	b (SE)
Funcionalidade Física (X)	0,26 (0,13)*	0,25 (0,09)**	-0,18 (0,08)*	0,10 (0,05)
Idade	-0,32 (0,21)	-0,07 (0,15)	-0,12 (0,13)	-0,10 (0,07)
Comunicação Sexual Verbal (M1)				0,16 (0,09)
Iniciativa e Prazer Não Verbal (M2)				0,11 (0,15)
Rejeição Sexual Não Verbal (M3)				-0,16 (0,09)
Efeitos Indiretos				b (SE) [95% IC]
Comunicação Sexual Verbal				0,04 (0,04) [-0,016; 0,131]
Iniciativa e Prazer Sexual Não Verbal				0,03 (0,05) [-0,068; 0,117]
Rejeição Não Verbal				0,03 (0,03) [-0,013; 0,085]
Efeito total				b (SE) [95% IC]
Funcionalidade Física				0,20 (0,05)*** [0,104; 0,289]
	$R^2 = 0,27$ $F(2,52) = 9,67$, $p < 0,001$	$R^2 = 0,25$ $F(2,52) = 8,69$, $p = 0,001$	$R^2 = 0,10$ $F(2,52) = 2,72$, $p = 0,075$	$R^2 = 0,66$ $F(2,52) = 19,32$, $p < 0,001$

* $p \leq 0,050$; ** $p \leq 0,010$; *** $p \leq 0,001$

3.4.2. Funcionalidade Sexual

No Quadro 3.4.2 é possível observar que a funcionalidade física se associou positivamente com funcionalidade sexual (H2). Contudo, não foi encontrada evidência de relação direta entre funcionalidade física e comunicação sexual verbal, mas sim entre funcionalidade física e iniciativa e prazer não verbal e entre funcionalidade física e rejeição sexual não verbal. Nenhuma das três variáveis se associou significativamente com a funcionalidade sexual (H4), $p \geq 0{,}23$, não tendo sido encontrada evidência de mediação pela comunicação sexual verbal, pela iniciativa e prazer sexual não verbal ou pela rejeição sexual não verbal. A idade não se associou significativamente com qualquer uma das variáveis do modelo ($p \geq 0{,}12$).

Quadro 3.4.2. – Modelo de Mediação Referente às Hipóteses 2 e 4

Modelo II				
	M1	M2	M3	Funcionalidade Sexual
Preditora	b (SE)	b (SE)	b (SE)	b (SE)
Funcionalidade Física (X)	0,26 (0,14)	0,25 (0,10)*	-0,18 (0,09)*	0,18 (0,01)
Idade	-0,36 (0,21)	-0,10 (0,16)	-0,14 (0,14)	-0,12 (0,01)
Comunicação Sexual Verbal (M1)				0,20 (0,02)
Iniciativa e Prazer Não Verbal (M2)				-0,002 (0,03)
Rejeição Sexual Não Verbal (M3)				-0,006 (0,02)
Efeitos Indiretos				b (SE) [95% IC]
Comunicação Sexual Verbal				0,006 (0,01) [-0,004; 0,021]
Iniciativa e Prazer Sexual Não verbal				-0,001 (0,01) [-0,018; 0,015]
Rejeição Não verbal				0,001 (0,03) [-0,007; 0,007]
Efeito total				b (SE) [95% IC]
Funcionalidade Física				0,24 (0,01)** [0,009; 0,038]
	$R^2 = 0,26$ F(2,53) = 9,46, $p < 0,001$	$R^2 = 0,23$ F(2,53) = 8,05, $p = 0,001$	$R^2 = 0,08$ F(2,53) = 2,29, $p = 0,111$	$R^2 = 0,46$ F(2,53) = 8,65, $p < 0,001$

* $p \leq 0,050$; ** $p \leq 0,010$; *** $p \leq 0,001$

Capítulo 4. Discussão

4.1. Discussão dos Resultados

O AVC permanece, atualmente, a principal causa de incapacidade e a segunda principal causa de morte a nível mundial (World Stroke Organization, 2025), constituindo, por isso, um importante problema de saúde pública (Uva & Dias, 2014). Ao longo dos últimos anos, o risco de sofrer um AVC aumentou cerca de 50%, estimando-se que uma em cada quatro pessoas possa vir a passar por essa experiência durante a sua vida. (Feigin et al., 2022). Neste sentido, surge a necessidade de compreender como é que pessoas sobreviventes se ajustam à presença de doença, à necessidade de cuidados que dela decorrem e como retomam diferentes dimensões da sua vida (Anderson et al., 2018).

Na literatura sobre AVC, uma das áreas que ainda se encontra pouco explorada, no período após a reabilitação, é a sexualidade, apesar de constituir uma dimensão central para o bem-estar individual e relacional (Contrada et al., 2023; Lopes, 2024). Concretamente, de acordo com a literatura, limitações físicas pós AVC podem ter impacto na intimidade sexual, traduzindo-se tanto em dificuldades de resposta sexual (i.e., disfunção sexual), como na diminuição de satisfação sexual (Brandão et al., 2025; McGrath et al., 2019). Paralelamente, estudos sublinham ainda a importância de componentes relacionais, como a comunicação sexual, que se encontra associada a diferentes indicadores relacionais e sexuais, tais como maior satisfação e intimidade relacional (Herbenick et al., 2019; May & Johnston, 2022).

Embora estudos recentes já explorem informação sobre o impacto de limitações físicas na intimidade sexual pós-AVC, esta dissertação procurou contribuir para a compreensão da sexualidade pós-AVC, com o objetivo de confirmar resultados já apresentados na literatura, mas também propondo novos caminhos para investigação, destacando a importância da comunicação e da integração da dimensão da sexualidade no período após a reabilitação. À luz dos objetivos delineados e dos dados recolhidos, apresentam-se os resultados obtidos.

Tal como esperado, verificou-se que a funcionalidade física se encontrou positiva e significativamente associada à satisfação sexual, pelo que participantes com maior funcionalidade física pós-AVC apresentaram maior satisfação sexual (H1). Esta evidência encontra-se alinhada com a literatura, que refere que uma das principais consequências identificadas na saúde sexual no período pós-AVC é justamente o decréscimo de satisfação sexual, sendo esta mais comum em sobreviventes que apresentem maior perda de motricidade, coordenação motora e força (Korpelainen et al., 2014; Park et al., 2015).

Foi também verificada, de acordo com o esperado, uma associação direta entre funcionalidade física pós-AVC e a funcionalidade sexual pós-AVC (H2), pelo que participantes com maior funcionalidade física apresentaram igualmente maior funcionalidade sexual. Estes resultados corroboram estudos anteriores. De facto, as limitações físicas subsequentes de AVC têm sido reconhecidas como uma das principais causas de disfunção sexual, a longo prazo (Contrada et al., 2023; Portugal AVC, 2025). Por exemplo, no estudo de Calabrò (2022), verificou-se a existência de uma associação entre a gravidade de sequelas físicas e a capacidade da pessoa em se posicionar, movimentar o seu corpo e iniciar relações sexuais pós-AVC. A literatura demonstra-nos também que sobreviventes de AVC com um maior comprometimento da sua funcionalidade física, apresentam maior impacto nas suas respostas sexuais e maior dificuldade em iniciar atividade sexual (Na et al., 2020; Park et al., 2015).

Ao contrário do que era esperado, os resultados indicaram que a comunicação sexual (i.e., comunicação sexual verbal, iniciativa e prazer sexual não verbal e rejeição sexual não verbal) não emergiu como mecanismo explicativo da associação da funcionalidade física pós-AVC com a satisfação sexual pós-AVC (H3) e a funcionalidade sexual pós-AVC (H4). Era esperado, em consonância com a literatura, que a comunicação sexual exercesse um papel explicativo entre ambas as associações, uma vez que fora verificado que a disfunção sexual e a insatisfação sexual são questões que não se devem exclusivamente a limitações físicas. Por exemplo, alterações nos mecanismos de resposta sexuais podem não só estar associadas a limitações físicas, mas também a questões psicológicas e relacionais (Contrada et al., 2023; Portugal AVC, 2025). Neste sentido, e considerando que a comunicação é uma das principais componentes das relações amorosas (Duncan & Rock, 1993) e está associada a diferentes indicadores relacionais e sexuais, tais como mais satisfação e intimidade relacional (Johnson et al., 2022), seria de esperar que as associações entre funcionalidade física e satisfação e funcionalidade sexuais se pudessem explicar por meio de uma comunicação sexual mais frequente, por exemplo.

Não obstante, os resultados indicaram que existe uma associação positiva e significativa entre a funcionalidade física e a comunicação sexual verbal, ou seja, participantes com maior funcionalidade física apresentaram uma comunicação sexual mais frequente. Paralelamente, a mesma associação foi observada entre a funcionalidade física e a iniciativa e prazer sexual não verbal, participantes com maior funcionalidade física apresentaram uma comunicação relacionada com a iniciativa e com o prazer sexual não verbal mais frequente. Foi ainda observada uma associação significativa, contudo negativa, entre a funcionalidade física e a

rejeição sexual não verbal. Portanto, participantes com maior funcionalidade física, apresentaram rejeição sexual não verbal menos frequente. Diferenças nos resultados entre os tipos de comunicação poderão dever-se ao facto de menor funcionalidade física estar associada a maior vulnerabilidade à exposição do corpo (Hosseini & Padhy, 2020). Segundo Ashkinazi e colegas (2024), pessoas que experienciam alterações físicas podem apresentar maior vulnerabilidade ao expor o seu corpo, o que, consequentemente, pode potenciar o evitamento de interações e de intimidade sexual. Esta relação poderá explicar o facto de, neste estudo, participantes com menor funcionalidade física apresentarem rejeição sexual não verbal mais frequente. Assim, ainda que que as hipóteses de mediação não tenham sido verificadas, os resultados observados foram ao encontro do sentido esperado, pelo que estas hipóteses poderão ser revistas em estudos futuros.

4.2. Limitações e Estudos Futuros

Uma primeira limitação dirige-se ao número de participantes deste estudo. O estudo contou apenas com 59 respostas válidas, número inferior ao desejado. Esta limitação poderá estar associada ao facto de se tratar de uma população com características específicas (i.e., faziam parte dos critérios de seleção ter experienciado um AVC, encontrar-se atualmente numa relação amorosa, não residir numa instituição de saúde e não possuir diagnóstico de afasia ou disfasia), dificultando o seu alcance. Por exemplo, entre os principais fatores de risco para a ocorrência de AVC encontra-se a idade, tendo a World Stroke Organization (2025) reportado que aproximadamente 60% dos AVC tende a ocorrer após os 70 anos. De acordo com Heen e colegas (2006), o paradigma da investigação quantitativa enfatiza a importância da generalização e da fiabilidade dos dados recolhidos, com o objetivo de aplicar as relações observadas entre as variáveis à população. Assim, a seleção de uma amostra representativa, a técnica de amostragem utilizada e o tamanho da amostra são dimensões essenciais para esse efeito. No presente estudo, não só o tamanho da amostra foi reduzido, como o método de amostragem foi por conveniência, o que pode condicionar a generalização dos resultados obtidos para a população.

Outra limitação prende-se com a ausência de especificidade clínica relativa ao AVC, uma vez que não foram recolhidos dados acerca da gravidade do episódio, que regiões cerebrais foram mais afetadas, ou a sua tipologia (i.e., AVC isquémico, AVC hemorrágico). Do ponto de vista neurológico, a disfunção sexual em pessoas sobreviventes de AVC deve-se, geralmente, a lesões em áreas do sistema nervoso central (e.g., hipotálamo, sistema límbico, gânglios de base), responsáveis pelo controlo dos mecanismos de resposta sexual. Por exemplo,

lesões na região do cerebelo direito estão associado a uma maior probabilidade de experienciar dificuldade de orgasmo, enquanto, nos homens, a disfunção erétil é mais provável subsequente de um AVC que afete a região da artéria cerebral média. De facto, observa-se maior prevalência de disfunção sexual em lesões localizadas nas regiões do hemisfério direito (87,5%; Calabrò, 2022; Zhao et al., 2021). Deste modo, este tipo de informação poderia ser recolhida em estudos futuros, com o objetivo de permitir a comparação entre participantes e distinção de diferentes sequelas que possam contribuir para a disfunção sexual (e.g., incluir sequelas físicas, psicológicas e neurológicas como variáveis preditoras).

Outra limitação passa por este estudo ser de natureza correlacional, o que não permite tirar conclusões de causalidade sobre as variáveis presentes, resultante do facto de não ser conhecida a ordem das mesmas. Por exemplo, não conseguimos saber se uma maior funcionalidade física se associa a uma maior funcionalidade sexual, ou se uma maior funcionalidade sexual se associa a uma maior funcionalidade física. Estudos futuros poderão considerar uma abordagem longitudinal, não só para verificar a causalidade temporal desta variáveis, como também para acompanhar, após a reabilitação, a transformação da intimidade relacional.

Por fim, entre as causas da disfunção sexual podem estar diferentes fatores: externos (i.e., efeitos secundários da medicação); internos (i.e., apresentar hipertensão arterial); psicológicos (e.g., ansiedade, baixa autoestima); neurológicos; e sociais (e.g., sentimento de rejeição pela pessoa parceira; Contrada et al., 2023; Portugal AVC, 2025; Zhao et al., 2022). Deste modo, é possível estimar que poderão existir outras variáveis que assumam um papel importante na relação e que não se encontram incluídas no presente estudo. Por exemplo, sintomatologia associada à depressão, ansiedade e stress pós-traumático é frequentemente reportada no período subsequente a um AVC. De facto, estudos anteriores demonstram que a depressão se encontra relacionada a um pior prognóstico, incluindo uma maior dependência na concretização de atividades de vida diárias, alterações na resposta sexual e um maior risco de mortalidade. Paralelamente, a literatura aponta para uma associação bidirecional entre a funcionalidade sexual e a depressão, pelo que em estudos em populações gerais (i.e., estudos que não foram realizados em populações clínicas), foi verificado que participantes com depressão apresentam um risco de 70% de desenvolver alguma forma de disfunção sexual. Contrariamente, pessoas com disfunção sexual apresentam um risco de cerca de 210% de vir a apresentar sintomatologia depressiva (Cai et al., 2019; Kautz & Van Horn, 2017; Ozkan et al., 2015). Deste modo, pesquisas futuras deverão adotar uma perspetiva biopsicossocial ao estudar

a funcionalidade sexual em sobreviventes de AVC, integrando variáveis do foro psicológico e social como variáveis preditoras de disfunção sexual.

4.3. Implicações Práticas e Sociais

O presente estudo revela-se importante visto que, embora sequelas sexuais pós-AVC tenham vindo a ser cada vez mais reconhecidas na literatura (Grenier-Genest et al., 2017; Guo et al., 2015; May & Johnston, 2022;), a prestação de cuidados de saúde sexual como parte do processo de reabilitação continua a ser um desafio na maioria das instituições de saúde. Além disso, existe ainda uma escassez de estudos empíricos no domínio de intervenções psicológicas direcionadas à promoção de saúde sexual em sobreviventes de AVC (Brandão et al., 2025). Paralelamente, a investigação demonstra que a sexualidade é frequentemente esquecida durante o acompanhamento clínico pós-AVC. Por um lado, utentes reportam desconforto ao abordar esta dimensão das suas vidas; por outro, profissionais de saúde reconhecem sentir pouca capacitação para orientar utentes nesta vertente, facultando raramente informação associada à reabilitação da saúde sexual. Esta ausência é reforçada pelo estigma social que ainda persiste em torno da sexualidade, permanecendo fortemente moldada por fatores culturais e sociais (Lopes, 2024; McGrath et al., 2019).

O regresso à intimidade sexual é descrito por sobreviventes de AVC como um marco importante na recuperação, sublinhando o papel fundamental da comunicação das suas preocupações e pensamentos relativos à saúde sexual (Lever & Pryor, 2017). Para profissionais de saúde, estes dados sugerem que existe assim a necessidade de aumentar a consciencialização sobre o impacto do AVC na sexualidade e incorporar alterações nesse sentido na rotina de reabilitação (McGrath et al., 2019). Este ponto é importante, já que durante o processo de reabilitação sobreviventes de AVC deparam-se com um conjunto de novas dificuldades, pelo que permanecem sob observação e acompanhamento profissional. Além disso, a investigação sugere que sobreviventes de AVC, desejam, apesar de nem sempre o conseguirem, partilhar as suas necessidades sexuais e aprender sobre questões como a funcionalidade sexual no período de adaptação pós-AVC (Guo et al., 2015; McGrath et al., 2019). Assim, torna-se necessário normalizar a discussão de saúde sexual em contexto clínico, através da capacitação dos profissionais de saúde e da adaptação de uma intervenção mais abrangente e holística, que integre a saúde e a reabilitação sexual como componentes essenciais de todo o processo de reabilitação pós-AVC (Brandão et al., 2025; Stroke Foundation, 2025). Deste modo, a presente

dissertação contribuiu para a consciencialização desta lacuna no processo de reabilitação pós-AVC, com vista a normalização da discussão de saúde sexual em contexto clínico.

4.4. Conclusão

Investigações sobre a sexualidade em sobreviventes de AVC têm trazido conhecimento sobre a reabilitação da saúde sexual em populações clínica. Com esta dissertação, contribuímos para perceber melhor o ajustamento à intimidade sexual, no âmbito das relações amorosas, em pessoas sobreviventes de AVC, estudando diferentes sequelas e enfatizando o papel da sexualidade na qualidade de vida das pessoas pós-AVC. Neste estudo, foi verificado que sobreviventes de AVC com maior funcionalidade física apresentaram não só maior satisfação sexual, como maior funcionalidade sexual. Ainda que a comunicação não tenha tido um papel explicativo em ambas as associações, pessoas sobreviventes com maior funcionalidade física tenderam a comunicar sobre sexualidade mais frequentemente. Esperamos, portanto, ter contribuído para uma melhor compreensão da saúde sexual pós-AVC, e para a consciencialização da necessidade de intervenções que integrem a saúde sexual durante e após o período de reabilitação.

Referências Bibliográficas

APA. (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). https://doi.org/10.1037/0000165-000

Anderson, C., Laubscher, S., & Burns, R. (1996). Validation of the short form 36 (sf-36) health survey questionnaire among stroke patients. *Stroke*, 27(10), 1812-1816. https://doi.org/10.1161/01.str.27.10.1812

Anderson, S., & Keating, N. (2018). Marriage after the transition to stroke: A systematic review. *Ageing and Society*, 38(11), 2241-2279. http://doi.org/10.1017/S0144686X17000526

Anderson, S., Keating, N., & Wilson, D. (2017). Reconciling marriage and care after stroke. *Canadian Journal of Aging*, 36 (3), 386-401. https://doi.org/10.1017/S0714980817000241

Ashkinazi, M., Wagner, S. A., Cunningham, K., & Mattson, R. E. (2024). Body image satisfaction and body-related partner commentary link to marital quality through sexual frequency and satisfaction: a path model. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 13, 31-49. https://doi.org/10.1037/cfp0000216

Backstrom, B., Asplund, K., & Sundin, K. (2010). The meaning of middle-aged female spouses' lived experience of the relationship with a partner who has suffered a stroke, during the first year postdischarge. *Nursing Inquiry*, *17*(3), 257–268. https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2010.00490.x

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, *25*(24), 3186–3191. https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014

Becker, K., Skalabin, E., Hallam, D., & Gill, E. (2004). Ischemic stroke during sexual intercourse: a report of 4 cases in persons with patent foramen ovale. *Archives of Neurology*, 61 (7), 1114-1116. https://doi.org/10.1001/archneur.61.7.1114

Bergeron, S., Pâquet, M., Steben, M., & Rosen, N. O. (2021). Perceived partner responsiveness is associated with sexual well-being in couples with genito-pelvic pain. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association* (Division 43), 35(5), 628-638. https://doi.org/10.1037/fam0000829

Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mizrahi, M., Kanat-Maymon, Y., Sass, O., & Granovski-Milner, C. (2016). Intimately connected: The importance of partner responsiveness for experiencing sexual desire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111(4), 530-546. https://doi.org/10.1037/pspi0000069

Brown, R. D., & Weigel, D. J. (2018). Exploring a contextual model of sexual self-disclosure and sexual satisfaction. *Journal of Sex Research*, 55(2), 202-213. https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1295299

Bugnicourt, J. M., Hamy, O., Canaple, S., Lamy, C., & Legrand, C. (2014). Impaired sexual activity in young ischaemic stroke patients: an observational study. *European Journal of Neurology*, 21(1), 140-146. https://doi.org/10.1111/ene.12277

Calabrò R. S. (2022). Post-stroke sexual dysfunction in men: Epidemiology, diagnostic work-up, and treatment. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 19(7-9), 12–16.

Calabrò, R. S., Cerasa, A., & Pioggia, G. (2022). When patients don't tell, clinicians don't ask: The need for assessing sexuality in the rehabilitation setting. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, *65*(2). https://doi.org/10.1016/j.rehab.2021.101610

Conroy, B. E., DeJong, G., & Horn, S. D. (2009). Hospital-based stroke rehabilitation in the united states. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 16(1), 34-43. https://doi.org/10.1310/tsr1601-34

Contrada, M., Cerasa, A., Pucci, C., Ciancarelli, I., Pioggia, G., Tonin, P., & Calabrò, R. (2023). Talking about sexuality in stroke individuals: The new era of sexual rehabilitation. *Journal of Clinical Medicine*, 12(2), 3988. https://doi.org/10.3390/jcm12123988

Diamond, L., & Huebner, D. (2012). Is good sex good for you? Rethinking sexuality and health. *Social and Personality Psychology Compass*, 6(1), 54-69. https://doi.org/10.1111/j.1251-9004.2011.00408.x

Dording, C. M., Mischoulon, D., Shyu, I., Alpert, J. E., & Papakostas, G. I. (2012). SAMe and sexual functioning. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 27(6), 451-454. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.01.003

Duncan, P. W., Bode, R. K., Min Lai, S., Perera, S., & Glycine Antagonist in Neuroprotection Americans Investigators. (2003). Rash analysis of a new stroke-specific outcome scale: The new stroke impact scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilition*, 84(7), 950-963. https://doi.org/10.1016/s0003-9993(03)00035-2

Duncan, P. W., Lai, S. M., Bode, R. K., Pereira, S., & DeRosa, J. (2003). Stroke Impact Scale-16: A brief assessment of physical function. *Neurology*, 60(2), 291-296. https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000041493.65665.d6

Falcão, I. V., de Carvalho, E. M. F., Barreto, K. M. L., Lessa, F. J. D., & Leite, V. M. M. (2004). Acidente vascular cerebral precoce: Implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo sistema único de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4(1), 95-102. https://doi.org/10.1590/S1519-38292004000100009

Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society*, *17*(1), 18–29. https://doi.org/10.1177/17474930211065917

Field, A. (2009). Comparing several means: ANOVA (GML 1). Em *Discovering Statistics Using SPSS* (3rd ed., pp. 347-396). SAGE Publications.

Frohlich, P., & Meston, C. (2002). Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *Journal of Sex Research*, 39(4), 321-325. https://doi.org/10.1080/00224490209552156.

Gaugler, J. E. (2010). The longitudinal ramifications of stroke caregiving: A systematic review. *Rehabilitation Psychology*, *55*(2), 108–125. https://doi.org/10.1037/a0019023

Glader, E. L., Stegmayr, B., & Asplund, K. (2002). Poststroke fatigue: A 2-year follow-up study of stroke patients in sweden. *Stroke*, 33 (5), 1327-1333. https://doi.org/10.1161/01.str.0000014248.28711.d6

Grenier-Genest, A., Gérard, M., & Courtois, F. (2017). Stroke and sexual functioning: A literature review. *NeuroRehabilition*, 41(2), 293-315. https://doi.org/10.3233/NRE-001481

Guo, M., Bosnyak, S., Bontempo, T., Enns, A., Fourie, C., Ismail, F., & Lo, A. (2015). Let's talk about sex! - improving sexual health for patients in stroke rehabilitation. *BMJ Quality Improvement Reports*, *4*(1), https://doi.org/10.1136/bmjquality.u207288.w2926

Hayes, A. F. (2021). *Introduction to mediation, moderation and conditional process analysis* (3rd ed.). The Guilford Press.

Herbenick, D., Eastman-Mueller, H., Fu, T. C., Dodge, B., Ponander, K., & Sanders, S. A. (2019). Women's sexual satisfaction, communication, and reasons for (No longer)

faking orgasm: Findings from a U.S. probability sample. *Archives of Sexual Behavior*, 48(8), 2461-2472. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01493-0

Hoyer, J., Uhmann, S., Rambow, J., & Jacobi, F. (2009). Reduction of sexual dysfunction: by-product of cognitive-behavioural therapy for psychological disorders? *Sexual and Relationship Therapy*, 24(1), 64-73. https://doi.org/10.1080/14681990802649938

Johnson, M. D., Lavner, J. A., Mund, M., Zemp, M., Stanley, S. M., Neyer, F. J., Impett, E. A., Rhoades, G. K., Bodenmann, G., Weidmann, R., Bühler, J. L., Burriss, R. P., Wünsche, J., & Grob, A. (2022). Within-couple associations between communication and relationship satisfaction over time. *Personality & Social Psychology Bulletin*, *48*(4), 534–549. https://doi.org/10.1177/01461672211016920

Karraker, A., & Latham, K. (2015). In sickness and in health? Physical illness as a risk factor for marital dissolution in later life. *Journal of Health and Social Behavior*, 56(3), 420-435. https://doi.org/10.1177/0022146515596354

Korpelainen, J. T., Nieminen, P., & Myllylä, V. V. (2014). Sexual functioning among stroke patients and their spouses. *Stroke*, 30(4), 715-719. https://doi.org/10.1007/s1195-018-9531-2

Krueger, H., Koot, J., Hall, R. E., O'Callaghan, C., Bayley, M., & Corbett, D. (2015). Prevalence of individuals experiencing the effects of stroke in canada: Trends and projections. *Stroke*, 46(8), 2226-2231. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.009616

Labbate, L. A., & Lare, S. B. (2001). Sexual dysfunction in male psychiatric outpatients: validity of the massachusetts general hospital sexual functioning questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(4), 221-225. https://doi.org/10.1159/000056257

Lawrance, K. A., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267-285. https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x

Lever, S., & Pryor, J. (2017). The impact of stroke on female sexuality. *Disability and Rehabilitation*, 39(20), 2011-2020. https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1213897

Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade de alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90. http://doi.org/10.14417/1p.763

May, A., & Johnston, K. L. (2022). Ego-centred and partner/activity-focused sexual satisfaction: The role of self-esteem and sexual assertiveness in cisgender heterosexual women. *Sex Roles*, 86(3-4), 179-188. https://doi.org/10.1007/s11199-021-01258-x

McGrath, M., Lever, S., McCluskey, A., & Power, E. (2019). How is sexuality after stroke experienced by stroke survivors and partners of stroke survivors? A systematic review of qualitative studies. *Clinical Rehabilitation*, 33 (2), 293-303. https://doi.org/10.1177/0269215518793483

McNicoll, G., Corsini-Munt, S. O., Rosen, N., McDuff, P., & Bergeron, S. (2017). Sexual assertiveness mediates the associations between partner facilitative responses and sexual outcomes in women with provoked vestibulodynia. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(7), 663-677. https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1230806

Mees, M., Klein, J., Yperzeele, L., Vanacker, P., & Cras, P. (2016). Predicting discharge destination after stroke: a systematic review. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 144, 15-21.

Nilsson, M. I., Fugl-Meyer, K., von Koch, L., & Ytterberg, C. (2017). Experiences of sexuality six years after stroke: A qualititative study. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(6), 797-803. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.061

OMS (2015). *Saúde sexual, direitos humanos e a lei*. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789241564984

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2024). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Publicado na 2ª série do Diário da República. Regulamento Nº 898/2024 https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/caodigo_deontolaogico_regulamento_nao_898_2024.pdf

Ozkan, B., Orhan, E., Aktas, N., & Coskuner, E. R. (2015). Depression and sexual dysfunction in turkish men diagnosed with infertility. *Urology*, 85(6), 1389-1393. https://doi.org/10.1016/j.urology.2015.03.005

Park, J., Ovbiagele, B., & Feng, W. (2015). Stroke and sexual dysfunction – a narrative review. *Journal of the Neurological Sciences*, 350, 7-13. https://doi.org/10.1016/j.jns.2015.02.001

Pascoal, P. M. M., Narciso, I. S. B., Pereira, N. M., & Ferreira, A. S. (2013). Processo de validação da global measure of sexual satisfaction em três amostras da população portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 691-700. https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400009

Pereira, H. (2017). Validação psicométrica da versão portuguesa do massachussetts general hospital – sexual functioning questionnaire. *Revista Internacional de Andrología*, 16 (3), 102-106. https://doi.org/10.1016/j.androl.2017.06.003

Pechorro, P., Diniz, A., & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 27(1), 99-108. https://doi.org/10.14417/ap.187

Portugal AVC. (2025). *Sexualidade após AVC*. Portugal AVC. https://www.portugalavc.pt/sexualidade-apos-avc

Prekatsounaki, S., & Enzlin, P. (2024). Not all responsiveness is created equal: three new scales measuring perceived partner responsiveness to affiliation, sexuality, and exploration-related needs. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 23(4), 380-403. https://doi.org/10.1080/15332691.2024.2368067

Quinn, K., Murray, C.D., & Malone, C. (2014b). Spousal experiences of coping with and adapting to caregiving for a partner who has a stroke: A meta-synthesis of qualitative research. *Disability and Rehabilitation*, *36*(3), 185–198. https://doi.org/10.3109/09638288.2013.783630

Rehman, U. S., Balan, D., Sutherland, S., & McNeil, J. (2019). Understanding barriers to sexual communication. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(9), 2605-2623. https://doi.org/10.1177/0265407518794900

Robles, T. F., Slatcher, R. B., Tombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: a meta analytic review. *Psychological Bulletin*, 140 (1), 140-187. https://doi.org/10.1037/a0031859

Sánchez-Fuentes, M. M., Santos-Inglesias, P., & Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 67-75. https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9

Santos-Iglesias, P., & Byers, E. S. (2018). Development and initial validation of the verbal and nonverbal sexual communication questionnaire in canada and spain. *Sexual and Relationship Therapy*, 35(1), 1-17. https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1442569

Sheppard, S. M., & Sebastian, R. (2021). Diagnosing and managing post-stroke aphasia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 21(2), 221-234. https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1855976

Stroke Association. (2025). *Types and Causes of Stroke*. Stroke Association https://www.stroke.org.uk/stroke/types

Taylor, M. J., Rudkin, L., Bullemor-Day, P., Lubin, J., Chukwujekwu, C., & Hawton, K. (2013). Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003382.pub3

Trygged, S., Hedlund, E., & Kåreholt, I. (2011). Education and poststroke separation among couples with mutual children. *Journal of Divorce and Remarriage*, *52*(6), 401–414. https://doi.org/10.1080/10502556.2011.592423

Uva, M. S., & Dias, E. M. (2014). Prevalência de acidente vascular cerebral na população portuguesa. *Boletim Epidemiológico Observações*, 2(9), 12-14. https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_9_2014_artigo4.pdf

Vikan, J. K., Snekkevik, H., Nilsson, M. I., Stanghelle, J. K., Geirdal, A. Ø., & Fugl-Meyer, K. S. (2021). Sexual satisfaction and associated biopsychosocial factors in stroke patients admitted to specialized cognitive rehabilitation. *Sexual Medicine*, *9*(5), 100424. https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100424

Zhao, C., McNulty, J. K., Turner, J. A., Hicks, L. L., & Meltzer, A. L. (2022). Evidence of a bidirectional association between daily sexual and relationship satisfaction that is moderated by daily stress. *Archives of Sexual Behavior*, 51(8), 3791-3806. https://doi.org/10.1007/s10508-022-02399-0

Zhao, S., Wu, W., Wu, P., Ding, C., Xiao, B., Xu, Z., Hu, Y., Shen, M., & Feng, L. (2021). Significant increase of erectile dysfunction in men with post-stroke: A comprehensive review. *Frontiers in neurology*, *12*, 671738. https://doi.org/10.3389/fneur.2021.671738

Anexos

Anexo A – Escala de Funcionalidade Física

Nas últimas duas semanas, quão difícil foi...

	1 Não consigo de todo	2	3	4	5 Consigo sem qualquer dificuldade
1. Vestir-se da cintura para cima?	O	O	O	O	O
2. Lavar-se (ex., tomar banho, duche)?	O	O	O	O	O
3. Chegar à casa de banho a tempo?	O	O	O	O	O
4. Controlar a bexiga (não ter acidentes)?	O	O	O	O	O
5. Controlar os intestinos (não ter acidentes)?	O	O	O	O	O
6. Estar em pé sem perder o equilíbrio?	O	O	O	O	O
7. Ir às compras?	O	O	O	O	O
8. Desempenhar tarefas domésticas pesadas (ex., aspirar, lavar a roupa?	O	O	O	O	O
9. Estar sentado/a sem perder o equilíbrio?	O	O	O	O	O
10. Andar sem perder o equilíbrio?	O	O	O	O	O
11. Passar da cama para uma cadeira?	O	O	O	O	O
12. Andar depressa?	O	O	O	O	O
13. Subir um lanço de escadas?	O	O	O	O	O
14. Andar um quarteirão (cerca de 100 metros)?	O	O	O	O	O
15. Carregar objetos pesados (ex., saco de compras) com o lado oposto que sofreu o acidente vascular cerebral?	O	O	O	O	O

Anexo B – Escala de Funcionalidade Sexual

Por favor, responda às seguintes perguntas assinalando a resposta que lhe parece ser a mais adequado ao seu caso.

Considere como "normal" o período da sua vida em que esteve mais satisfeito com o seu funcionamento sexual.

No último mês...

	1 Totalmente ausente	2	3	4 Normal	5	6	7 Completamente acima do normal
1. Como esteve o seu interesse sexual?	O	O	O	O	O	O	O
2. Como esteve a sua capacidade para obter estimulação ou excitação sexual?	O	O	O	O	O	O	O
3. Como esteve a sua capacidade para obter orgasmos?	O	O	O	O	O	O	O
4. Como foi a sua capacidade para atingir e manter uma ereção ou lubrificação (consoante com o que se identificar)?	O	O	O	O	O	O	O
5. Em geral, como é a sua satisfação com a sua vida sexual?	O	O	O	O	O	O	O

Anexo C – Escala de Comunicação Sexual

Os/As parceiros/as românticos podem comunicar entre si sobre diferentes aspetos da sua relação sexual. Pense na sua relação sexual com o/a seu/sua parceiro/a e assinale a resposta que melhor descreve a frequência com que comunica sobre cada assunto sexual.

	1 Nunca	2	3	4	5	6	7 Sempre
1. Eu comunico de forma não-verbal (sorrio, acaricio, etc.) para indicar ao/à meu/minha parceiro/a que ele/ela faz coisas que eu gosto.	O	O	O	O	O	O	O
2. Eu elogio o/a meu/minha parceiro/a durante o sexo, quando ele/ela faz coisas que eu gosto.	O	O	O	O	O	O	O
3. É fácil dizer ao/à meu/minha parceiro/a o que sexualmente não funciona comigo e porquê.	O	O	O	O	O	O	O
4. Quando quero, eu digo ao/à meu/minha parceiro/a que quero fazer sexo.	O	O	O	O	O	O	O
5. Quando as coisas correm mal durante o sexo, eu evito ser tocado/a pelo/pela meu/minha parceiro/a.	O	O	O	O	O	O	O
6. Eu comunico de forma não-verbal (aconchego-me, beijo, etc.) para indicar ao/à meu/minha parceiro/a que quero fazer sexo.	O	O	O	O	O	O	O
7. Eu digo ao/à meu/minha parceiro/a o que precisamos fazer de diferente para aumentar o meu prazer sexual.	O	O	O	O	O	O	O
8. Eu sinto-me confortável em comunicar não-verbalmente (como o toque, beijar etc.) para iniciar relações sexuais com o/a meu/minha parceiro/a.	O	O	O	O	O	O	O
9. Eu acaricio e beijo o/a meu/minha parceiro/a quando ele/ela me dá prazer sexual.	O	O	O	O	O	O	O
10. Eu elogio o/a meu/minha parceiro/a quando a nossa atividade sexual me satisfaz.	O	O	O	O	O	O	O

11. Quando eu quero fazer sexo, eu começo por acariciar/tocar sexualmente o/a meu/minha parceiro/a.	O	O	O	O	O	O	O
12. Eu comunico de forma não-verbal (ex., evito o contato visual) para indicar ao/à meu/minha parceiro/a que não estou sexualmente satisfeito/a.	O	O	O	O	O	O	O
13. Eu paro o/a meu/minha parceiro/a quando tem algum comportamento sexual do qual eu não gosto, mas não digo nada.	O	O	O	O	O	O	O
14. Eu comunico de forma não-verbal (interrompo o contato visual, uso as mãos, etc.) para que o/a meu/minha parceiro/a saiba que não gosto do que ele/ela faz durante o sexo.	O	O	O	O	O	O	O
15. Quando o/a meu/minha parceiro/a começa a tocar-me sexualmente e eu não estou interessado/a, afasto as suas mãos.	O	O	O	O	O	O	O
16. Eu sinto-me confortável para pedir ao/à meu/minha parceiro/a para experimentarmos práticas sexuais que nunca fizemos antes.	O	O	O	O	O	O	O
17. Eu sinto-me confortável em aconchegar-me e beijar o/a meu/minha parceiro/a quando ele/ela me dá prazer sexual.	O	O	O	O	O	O	O
18. Eu peço ao/à meu/minha parceiro/a para continuar a fazer algo que me dá prazer sexual.	O	O	O	O	O	O	O
19. Eu digo ao/à meu/minha parceiro/a se não quiser ter relações sexuais.	O	O	O	O	O	O	O
20. Eu sinto-me confortável para dizer ao/à meu/minha parceiro/a o que me dá prazer sexualmente.	O	O	O	O	O	O	O
21. Eu sugiro coisas novas ao/à meu/minha parceiro/a para experimentarmos durante os nossos contactos sexuais.	O	O	O	O	O	O	O

22. Eu começo a beijar o/a meu/minha parceiro/a quando quero fazer sexo.	O	O	O	O	O	O	O
23. Eu sinto-me confortável em dizer ao/à meu/minha parceiro/a se eu quiser fazer sexo.	O	O	O	O	O	O	O
24. Quando o/a meu/minha parceiro/a faz algo que não me dá prazer, normalmente eu demonstro-o de forma não-verbal (ex., parando-o com as minhas mãos ou evitando contacto visual) em vez de o dizer diretamente.	O	O	O	O	O	O	O
25. É-me difícil dizer ao/à meu/minha parceiro/a que quero fazer sexo, quando o quero.	O	O	O	O	O	O	O
26. Eu prefiro utilizar a comunicação não-verbal quando algo corre mal na nossa atividade sexual.	O	O	O	O	O	O	O
27. Quando se trata de sexo, eu peço ao/à meu/minha parceiro/a para fazermos coisas que nunca experimentámos antes.	O	O	O	O	O	O	O
28. Eu uso o contato visual com o/a meu/minha parceiro/a quando quero iniciar contato sexual.	O	O	O	O	O	O	O

Anexo D – Escala de Satisfação Sexual

Indique, por favor, como avalia a sua satisfação sexual, considerando o seu relacionamento atual.

1. Muito Boa	O	O	O	O	O	O	O	Muito Má
2. Muito Agradável	O	O	O	O	O	O	O	Muito Desagradável
3. Muito Positiva	O	O	O	O	O	O	O	Muito Negativa
4. Muito Satisfatória	O	O	O	O	O	O	O	Muito Insatisfatória
5. Muito Importante	O	O	O	O	O	O	O	Muito Irrelevante

Anexo E – Consentimento Informado

O presente estudo insere-se no projeto de dissertação do Mestrado de Psicologia Social da Saúde, da estudante Maria Dias, a decorrer no **Iscte – Instituto Universitário de Lisboa**, sob a supervisão científica da **Professora Doutora Marta Matos** e do **Professor Doutor David L. Rodrigues**. Este estudo faz parte de um projeto de investigação focado na área da Psicologia da Saúde e Bem-Estar, tendo por objetivo conhecer as experiências de sobreviventes de AVC no âmbito da sexualidade. Mais especificamente, temos interesse em compreender em que medida a intimidade na relação conjugal se transforma após o período de reabilitação.

A presente investigação ambiciona ainda recrutar participantes que respeitem os seguintes critérios de seleção: (a) ter idade igual ou superior a 18 anos; (b) ter sofrido um AVC; (c) estar num relacionamento amoroso. No entanto, são excluídos os participantes que: (a) residam, de momento, numa instituição; (b) contemplem o diagnóstico de afasia e/ou disfasia, no sentido de existir algum comprometimento ao nível da sua compreensão verbal ou da fala.

O estudo é realizado por Maria Dias (mndse1@iscte-iul.pt) e pelos Professores Marta Matos (marta.matos@iscte-iul.pt) e David L. Rodrigues (dflrs@iscte-iul.pt), que poderá contactar caso pretenda esclarecer alguma dúvida ou partilhar algum comentário. A sua participação no estudo, será muito valorizada, pois irá contribuir para o avanço do conhecimento neste domínio da ciência. A sua tarefa consiste no preenchimento de um questionário online, com a duração esperada de 20 minutos. Salientamos que algumas pessoas poderão considerar que certas questões abordam assuntos sensíveis, ou experienciar estados de desconforto psicológico.

A sua participação no estudo é estritamente **voluntária**, ou seja, pode escolher livremente participar ou não participar. Se escolher participar e em algum momento sentir desconforto como resultado de certas questões, pode escolher continuar no estudo sem responder a essas questões, ou interromper a sua participação sem ter de prestar qualquer justificação. Para além de voluntária, a participação é também **anónima e confidencial**.

Os dados obtidos destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo precisará de se identificar. Relembramos que poderá contactar a equipa de investigação, em qualquer momento do estudo, caso queira questionar ou manifestar alguma preocupação ou reclamação. O Iscte é a identidade responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais, recolhidos e tratados como base legal o seu consentimento [art. 9º, nº2, alínea a) do regulamento Geral de Proteção de Dados]. O Iscte não divulga ou partilha, com pessoas ou entidades terceiras, a informação

relativa aos seus dados pessoais. O Iscte tem uma pessoa Encarregada de Proteção de Dados, contactável através do email dpo@iscte-iul.pt. Caso considere necessário tem ainda o direito de apresentar reclamação.

Considerando estas informações, selecione uma das seguintes opções:

O Dou o meu consentimento e aceito participar neste estudo.

O Não dou o meu consentimento e não aceito participar neste estudo.

Anexo F – Debriefing

Muito obrigado por ter participado neste estudo. Conforme adiantado no início da sua participação, o estudo incide sobre as experiências de sobreviventes de AVC no âmbito da sexualidade, após o período de reabilitação, e pretende estudar a transformação da intimidade na relação conjugal. Mais especificamente, o papel da comunicação conjugal na satisfação sexual.

No âmbito da sua participação, disponibilizamos alguns contactos que lhe podem ser úteis, caso queira mais informação ou sinta necessidade de entrar em contato com alguém que o/a possa aconselhar e/ou prestar algum apoio.

http://www.associacaoavc.pt/sobre_avc/reabilitacao.html

Portugal AVC – União de Sobreviventes, Familiares e Amigos – 928 060 600/ 928 146 265.

Sexualidade em Linha – 800 222 003.

Reforçamos os dados de contacto que pode utilizar caso deseje colocar uma dúvida, partilhar algum comentário, ou assinalar a sua intenção de receber informação sobre os principais resultados e conclusões do estudo: **Maria Dias** (mndse1@iscte-iul.pt) e **Professores Marta Matos** (marta.matos@iscte-iul.pt) e **David L. Rodrigues** (dfrs@iscte-iul.pt).

Se tiver interesse em aceder a mais informação sobre o tema do estudo, pode ainda consultar as seguintes fontes: https://www.portugalavc.pt/sexualidade-apos-avc.

Mais uma vez, obrigado pela sua participação.