

Sexualidade na doença crónica e na deficiência física

JORGE CARDOSO*

DOENÇA CRÓNICA E DEFICIÊNCIA FÍSICA

Na actualidade, o grau de eficácia das múltiplas respostas biomédicas tem contribuído para um aumento significativo da esperança média de vida, verificando-se cada vez mais frequentemente uma conversão para a cronicidade de quadros clínicos que no passado constituíam situações de doença aguda, muitas vezes letal. Consequentemente, a forma como se vive adquiriu o protagonismo outrora detido pelo quanto se vive. A qualidade de vida é um conceito amplamente utilizado na linguagem comum, significando «muitas coisas para muitas pessoas»¹ – uns realçam as posses materiais, outros centram-se na integridade e funcionamento do corpo, alguns focam a quantidade e a qualidade das relações interpessoais, enquanto para outros o que prevalece é a satisfação global com a vida e a sensação geral, pessoal, de bem-estar².

Para além da vertente quantitativa, a centralidade da doença crónica encontra-se reforçada pelas enormes exigências e pressões que marcam o nosso mosaico social. A doença, desde sempre entendida como um mal maior, uma ameaça às rotinas quotidianas e à tranquilidade existencial, assume, nas sociedades modernas, uma conotação potencializada negativamente pelos custos físicos, psicológicos, familiares,

profissionais e sociais. Apesar de um número crescente de pessoas «(con) viver» com a sua doença, esta não deixa de ter um significado perturbador sobre a relação entre o sujeito e o seu corpo, o seu projecto de vida e toda a estrutura em que se inscreve.

O conceito de doença crónica é flexível, sendo passível de múltiplas definições. De um modo geral, contempla todas as condições de doença incurável ou de duração muito prolongada. Sinteticamente, Blanchard³ refere que as doenças crónicas são aquelas que têm de ser geridas em vez de curadas.

As situações de deficiência física produzem um impacto somato-psicológico idêntico ao da doença crónica – ambas envolvem uma situação indesejável, modificações irreversíveis e uma necessidade absoluta de readaptações várias. No entanto, uma vez que a imagem de um corpo alterado produz um impacto visual que frequentemente não existe na doença crónica, socialmente verifica-se uma maior estigmatização face à deficiência física do que perante a doença crónica.

De acordo com as terminologias propostas pela Organização Mundial de Saúde^{4,5} a deficiência é entendida como qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função fisiológica, anatómica ou psicológica. Como consequência da deficiência poderá haver lugar ao aparecimento de incapacidade, ou seja, restrições, totais ou parciais, para realizar uma actividade dentro dos

*Psicólogo Clínico,
Doutorado em Ciências Biomédicas
Serviço de Psicoterapia
Comportamental do
Hospital Júlio de Matos
Professor Auxiliar no Instituto
Superior de Ciências da Saúde-Sul*

limites considerados normais para o ser humano. Por fim, há ainda a considerar a desvantagem sofrida pelo indivíduo, resultante da deficiência e/ou da incapacidade, que limita ou impede a plena participação nos vários patamares da vida quotidiana. Enquanto os conceitos de deficiência e de incapacidade remetem fundamentalmente para a natureza corporal e individual da problemática, encontrando-se claramente associados ao registo médico-funcional, o conceito de desvantagem abrange primordialmente o domínio dos obstáculos sociais. A título de exemplo, podemos referir que o diagnóstico de lesão vertebro-medular, que congrega um quadro de doença crónica e deficiência física, caracterizado por alterações das funções motoras, sensitivas e neuro-vegetativas, condiciona vários níveis de incapacidade, como eventualmente a impossibilidade de andar ou, a outro nível, de praticar o coito, e produz desvantagens, designadamente ao nível das acessibilidades a contextos de interacção social, diminuindo deste modo as oportunidades de envolvimento afectivo-sexual.

DOENÇA, DEFICIÊNCIA E SEXUALIDADE

No século XX o corpo emergiu definitivamente como o centro da identidade pessoal, transformando a relação dos indivíduos consigo próprios e com outros. A valorização social do corpo tornou-o numa espécie de «propriedade pública»⁶ que, com o intuito de ser mostrado, exige sacrifícios e cuidados cada vez mais diversificados e minuciosos. O culto do corpo, modelado pelos padrões de estética corporal, envolve um compulsivo trabalhar do mesmo, vivenciado como um dever, que inevitavelmente tende a gerar ansiedade, tanto maior quanto o desequilíbrio entre o nível de idealização corporal e a realidade⁷⁻⁹.

No âmbito da doença crónica ou da

deficiência física, deparamo-nos com um corpo disfuncional/alterado, surgindo comprometida a perfeição e mesmo a integridade corporal. O afastamento da representação social de ideal corporal, e até do padrão normativo básico, desqualifica o indivíduo que, frequentemente, se torna alvo de auto- e hetero-desvalorização, desinteresse e discriminação.

O corpo doente exige recorrentes cuidados de saúde. No contexto da prestação destes cuidados, o corpo tende a ser visto como um objecto a reparar, conduzindo a um conjunto de procedimentos que para o sujeito têm um significado abusivo e até ameaçador. Esta «invasão» do corpo privado produz consequências negativas na auto-imagem corporal, configurando a evidência de um corpo doente/deficiente, que se vem sobrepor a um corpo saudável/apto. Paralelamente, quando os cuidados de saúde são prestados por figuras que são simultaneamente parceiros sexuais, torna-se complicado separar os papéis de modo a que os momentos de intimidade sexual não sejam contaminados pela outra valência.

O corpo que face a um acontecimento adverso se distancia dos ideais de forma, beleza, saúde, aptidão física e atracção, entre outros, é simultaneamente agente e objecto da sexualidade. Contudo, perante este cenário, a conjugação da doença e deficiência com a sexualidade resulta numa rede de conflitualidades que tendem a gerar turbulência no envolvimento sexual.

Impacto ao nível do ciclo de resposta sexual

Não obstante o reconhecimento do continuum de práticas sexuais, dos quais o sexo penetrativo é apenas uma parte, persiste uma suposição de que a verdadeira sexualidade é genital e orgásmica¹⁰. O falocentrismo dominante valoriza exponencialmente a sexualidade funcional, centrada no desempenho, pelo

que uma eventual inadequação sexual pode resultar na crença de que se acabou para a sexualidade. Concomitantemente, as percepções de inadequação podem acarretar receios de desiludir o parceiro, ou mesmo um medo generalizado de abandono, prejudicando consideravelmente a adaptação global e a aceitação da nova realidade. Aparentemente, as mulheres têm menos dificuldades em reajustar a sua identidade sexual pós-doença/deficiência¹¹, provavelmente por tradicionalmente terem um papel mais passivo¹² e, sobretudo, por valorizarem de forma acrescida a componente afectiva da sexualidade, a qual não é directamente perturbada pelo quadro clínico.

A par desta chamada de atenção para o facto, tantas vezes esquecido, de que o sexo não é sinónimo de coito, importa acrescentar que em inúmeras situações de doença/deficiência não se verifica qualquer impacto directo no ciclo de resposta sexual.

Tendo por suporte o modelo trifásico de Kaplan^{13,14}, a resposta sexual é formada por três fases sequenciais e interligadas – desejo, excitação e orgasmo. Posteriormente, Bancroft¹⁵ conceptualizou o modelo psicossomático da resposta sexual. Segundo o autor, o sistema límbico e os centros espinhais medulares constituem o substrato neurofisiológico da sexualidade. Este é influenciado por mecanismos cognitivos, dependentes de factores socio-culturais – atitudes, medos, expectativas – e da auto-avaliação das próprias respostas sexuais, bem como pelos estímulos tácteis. A actividade deste sistema é, por sua vez, através dos nervos somáticos e autónomos, responsável por alterações periféricas consistentes com a excitação e as respostas sexuais. A percepção, a avaliação e o processamento cognitivo das alterações ocorridas completam o círculo psicossomático. Mais recentemente foi proposto um modelo de duplo controlo da resposta

sexual, ancorado no equilíbrio dos mecanismos excitatórios e inibitórios a nível central^{16,17}.

No que concerne à importância atribuída à vida sexual, tende a manter-se idêntica ao período anterior à doença/deficiência, excepto quando se instalam crenças de auto-restricção sexual associadas ao não piorar do estado de saúde, ou quando existe uma percepção do prazer sexual como algo de inadequado em circunstâncias em que impera o binómio doença-sofrimento.

Relativamente ao desejo sexual, não obstante os processos fisiológicos implicados, imperam os mecanismos cognitivos, sendo estes que vão facilitar, ou não, o envolvimento sexual. O desejo sexual é frequentemente auto-percebido como tendo diminuído após a ocorrência da doença/deficiência, principalmente devido às atitudes sociais tendentes a dessexualizar estes indivíduos, às alterações na imagem corporal, auto-estima e sentimentos de atractividade pessoal, bem como devido aos efeitos da medicação. Outros problemas, como a redução da mobilidade e as dificuldades de controlo intestinal e vesical, podem igualmente influenciar negativamente a libido.

Em relação à fase de excitação, designadamente na sua tradução fisiológica – erecção ou lubrificação vaginal – é prioritário esclarecer quais as consequências do quadro clínico ao nível dos fenómenos neurovasculares, ainda que raramente a causa das perturbações da excitação seja única, encontrando-se, em regra, associada a outros factores, designadamente psicológicos, que em maior ou menor grau contribuem para a disfunção ou inadequação. Frequentemente não se verifica ausência da capacidade eréctil ou de lubrificação vaginal, mas sim uma alteração da qualidade destas respostas.

Quanto à fase orgásmica, importa distinguir ejaculação – emissão e expulsão seminal, dependentes de mecanis-

mos neuromusculares controlados pelos sistemas simpático e parassimpático – de orgasmo – sensação subjectiva de prazer, passível de ser vivenciada mesmo na ausência de qualquer função motora ou sensorial nos órgãos genitais^{18,19}. A capacidade orgásmica existente na ausência de resposta ejaculatória tem sido referenciada como orgasmo fantasma²⁰, para-orgasmo²¹, orgasmo mental¹⁹ ou orgasmo emocional²², no que representa uma tentativa, quanto a nós errônea, de classificar esta experiência como não-normal.

Por fim, quanto à satisfação sexual percebida após a doença/deficiência, esta tende a decrescer significativamente, encontrando-se correlacionada com a diminuição da frequência da actividade sexual²³ e com a incapacidade da prática do coito^{24,25}. Num trabalho recente¹⁸, com uma amostra de 150 homens com deficiência física, foi demonstrado que a capacidade auto-percebida de proporcionar satisfação sexual à companheira representava o principal preditor de satisfação sexual, sendo igualmente relevante o desejo sexual percebido na parceira. Estes dados poderão sinalizar uma auto-exigência básica de satisfazer a parceira como requisito fundamental, não tanto para a satisfação sexual pessoal, uma vez que estes sujeitos se encontravam sexualmente insatisfeitos, mas sim para a auto-realização da masculinidade. Simultaneamente, a percepção de que a companheira continua sexualmente interessada, parece ser interpretado como um indicador de que, apesar das circunstâncias, ainda persiste interesse sexual por parte da parceira.

Avaliação

A reabilitação sexual pós-doença/deficiência física deverá fazer parte da promoção da readaptação global da pessoa²⁶⁻²⁸, sendo que a negligência desta área configura, muitas vezes por omis-

são, uma má prática clínica. A simples questão – «Então, e em relação à sua vida sexual...?» – poderá constituir o ponto de partida para a informação ou aconselhamento sexual, se o clínico tiver formação adequada, ou, se tal não se verificar, para proceder ao encaminhamento para uma consulta de Sexologia.

Na concretização da reabilitação sexual, há que ter em conta uma dimensão avaliativa e uma dimensão interventiva, ressaltando-se contudo a necessidade de uma abordagem flexível, envolvendo reavaliações e redefinições das intervenções programadas²⁹⁻³².

Reflectindo a tonalidade biopsicossocial em que se enquadra a sexualidade, a avaliação do impacto da doença/deficiência sobre a esfera sexual terá de contemplar factores orgânicos e psicossociais.

FACTORES ORGÂNICOS

- Tipo de doença/deficiência. Nos quadros congénitos não existe um referencial comportamental sexual prévio, enquanto nas situações adquiridas tende a existir uma base comparativa, susceptível de influenciar negativamente, por idealização retrospectiva, a readaptação sexual.
- Severidade morfológica, fisiológica e funcional do quadro clínico.
- Grau de ameaça à própria vida.
- Consequências gerais sobre o organismo, incluindo dor, fadiga e mal-estar.
- Consequências específicas, directas ou indirectas, sobre as várias fases da resposta sexual, com destaque para as alterações neurológicas e vasculares, mas também para as alterações hormonais. As primeiras podem ser devidas a acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, lesão vertebro-medular, ou cirurgia pélvica, enquanto as segundas podem ser causadas por diabetes, hi-

pertensão ou arteriosclerose, entre outras.

- Complicações secundárias, designadamente alterações osteo-músculo-articulares, respiratórias, gastro-intestinais, urológicas, ginecológicas e cutâneas.
- Efeitos da medicação, desencadeantes ou reforçadores das dificuldades sexuais.
- Factores de risco acrescido, como o tabaco, o álcool ou as drogas ilícitas.

FACTORES PSICOSSOCIAIS

– Mitos e falácias

- A inactividade sexual, na senescência em geral e na doença crónica em particular, aumenta a longevidade.
- Não faz sentido procurar o prazer sexual quando se é portador de uma doença grave.
- Na doença crónica, para não piorar o quadro clínico, deve-se cessar a actividade sexual.
- O coito e a emissão de esperma debilitam o organismo.
- Na doença cardíaca, ocorre quase sempre uma perda de interesse pela actividade sexual.
- Na doença cardíaca, existe uma grande probabilidade de as relações sexuais desencadearem um enfarte do miocárdio ou mesmo morte súbita.
- Os sujeitos com deficiência física são assexuados ou, mesmo que tenham desejo, são disfuncionais.
- Não se deve ter conversas com conteúdos sexuais para que não se apercebam daquilo que «estão a perder».
- São «bons amigos»... Não há razões para ter receio de qualquer avanço sexual.
- São masturbadores compulsivos.
- Coitados, não podem ter filhos... o que na verdade acaba por ser uma sorte, senão como é que poderiam corresponder às necessidades dos descendentes?
- Um relacionamento afectivo-sexual entre uma pessoa deficiente e uma

pessoa não-deficiente é motivada, com certeza, por interesses materiais.

- A união entre indivíduos deficientes constitui a única opção possível – «quem mais se interessaria?»
- Infantilização. Nas situações de dependência mais evidente existe a tendência para o estabelecimento de relações assimétricas, semelhantes ao modelo parental, o que na prática representa uma restrição na liberdade de expressão sexual.
- Institucionalização. Quando existente, tende a potencializar o isolamento social e a menosprezar o estabelecimento de relações amorosas.
- Expectativas pessoais e conjugais em relação à sexualidade.
- Impacto sobre a homeostase conjugal.
- Cognições e comportamentos sexuais pré-mórbidos.
- Tipo de comunicação sexual do casal, tendo em conta a disponibilidade, frequência e qualidade da mesma.
- Consequências ao nível da auto-estima, auto-eficácia e auto-confiança.
- Estratégias de confronto mobilizadas perante as dificuldades sexuais. As competências centradas na procura de soluções alternativas concretas tendem a revelar uma maior eficácia adaptativa.
- Ansiedade. As percepções de inadequação sexual, quer antecipatórias, quer no decurso do envolvimento sexual, são frequentemente geradoras de sintomatologia ansiosa com interferência negativa na sexualidade.
- Depressão. Embora a depressão propriamente dita esteja longe de ser uma consequência universal pós-diagnóstico de doença crónica/deficiência, por vezes existe humor depressivo, susceptível de condicionar padrões negativos de pensamento e evitamento da interacção sexual.
- Alterações na imagem corporal.

- Alterações nos papéis de género, preponderantemente entre os homens, nos quais a doença/deficiência impede a concretização de alguns dos descritores tradicionais da masculinidade – força física, controlo emocional, virilidade e desempenho profissional e sexual.

Intervenção terapêutica

Consoante a avaliação prévia, a intervenção pode orientar-se para a promoção do retorno ao funcionamento sexual pré-mórbido, ou para a redefinição da sexualidade de acordo com as potencialidades residuais.

A intervenção no âmbito da reabilitação sexual deverá ser realizada por uma equipa multidisciplinar, com formação pós-graduada em Sexologia, podendo visar os seguintes aspectos – educação e informação sexual, desmistificação de crenças erróneas, reestruturação cognitiva, reestruturação comportamental e terapêutica farmacológica e/ou cirúrgica.

EDUCAÇÃO E INFORMAÇÃO SEXUAL

- Dimensão pedagógica, estruturada segundo os parâmetros que caracterizam genericamente a educação sexual.
- Dimensão informativa, orientada para o fornecimento de informações específicas respeitantes às consequências do quadro clínico sobre a sexualidade.

DESMISTIFICAÇÃO DE CRENÇAS ERRÓNEAS

- Desafiar e desconstruir as representações sociais negativas, falaciosas e preconceituosas dominantes.
- Desencorajar a aceitação passiva das limitações e dificuldades sexuais, incentivando uma atitude activa de redescoberta da sexualidade a partir da nova realidade.
- Desmontar a ambivalência traduzida pela coexistência dos vectores doença-sofrimento e sexo-prazer, que

frequentemente conduzem à inibição da satisfação sexual.

REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

- Corrigir distorções no processamento cognitivo de conteúdo sexual, como por exemplo a catastrofização, as generalizações negativas abusivas, os raciocínios circulares, a antecipação do insucesso, a focalização no desempenho, a escassez de pensamentos eróticos e a auto-desvalorização.
- Prevenir e/ou reformular afectos negativos – tristeza, preocupação, magia, desilusão, culpa, vergonha, hostilidade, medo, rejeição.
- Combater expectativas irrealistas face às eventuais restrições impostas pela doença/deficiência.
- Promover expectativas de eficácia e de confiança.

REESTRUTURAÇÃO COMPORTAMENTAL

- Eliminar ou diminuir factores acessórios de risco.
- Fomentar a coesão das bases afectivas do casal.
- Incentivar a reciprocidade e a equitatividade do casal no processo de readaptação sexual.
- Reforçar as aptidões comunicacionais, designadamente a verbalização de expectativas, dificuldades e medos.
- Promover a assertividade sexual.
- Encorajar a persistência e desvalorizar os fracassos episódicos.
- Eliminar a ansiedade antecipatória e de desempenho.
- Incentivar o alargamento do leque de interesses eróticos e das formas de expressão sexual – (re)valorização da sexualidade extra-genital, uso de novas técnicas e/ou coadjuvantes sexuais, adopção de posições compatíveis com as limitações físicas e com o evitamento de dor ou desconforto.
- Promover e valorizar os novos contornos dos papéis de género, de for-

ma a que as identidades masculina ou feminina possam persistir de um modo sintónico.

- Ensinar a amplificação sensorial, ou seja, a focalização cognitiva sobre estímulos prazerosos, intensificando-os mentalmente de forma a potencializar a satisfação associada à actividade sexual.

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA E/OU CIRÚRGICA

Esta modalidade terapêutica pode revelar-se adequada para algumas disfunções sexuais de etiologia orgânica, quando as outras modalidades de intervenção foram insuficientes. A sua utilização deve contemplar primariamente as terapêuticas com um grau de agressividade menor (agentes orais). Paralelamente, importa não esquecer que embora o fármaco seja prescrito ao elemento disfuncional, ele vai actuar no contexto de uma relação sexual a dois, traduzindo muitas vezes uma perturbação do equilíbrio relacional que deve ser antecipada e trabalhada pelo clínico com o par sexual.

CONCLUSÕES

Apesar da temática sexual produzir uma infinidade de discursos e imagens que lhe acarretam uma visibilidade social inimaginável há alguns anos atrás, esta banalização da sexualidade não traduz uma proporcional melhoria da saúde sexual. O núcleo central da sexualidade, aquele que acontece no contexto do espaço privado, continua a cristalizar inúmeras dúvidas, ignorâncias e, sobretudo, ideias preconceituosas. Sendo isto tendencialmente verdadeiro no contexto genérico da sexualidade, adquire uma intensidade ainda maior no âmbito da doença crónica e da deficiência física. A conjugação da disfunção corporal com a prática sexual gera ambivalência e é percebida

como conflituante, quer pelo próprio, quer pelos outros.

Paralelamente, o facto de em Medicina imperar a clássica equação sintoma-diagnóstico-tratamento, sendo o enfoque direccionado para o sofrimento, faz com que o prazer, designadamente, o prazer sexual, tenda a ser desvalorizado, quando não totalmente esquecido. A esfera sexual, situada na intersecção da valência orgânica com a valência psicossocial, constitui uma área por excelência daquilo que se entende por abordagem holística da doença.

Uma vez facultada a entrada da dimensão sexual na lista das preocupações do clínico face à pessoa com doença/deficiência, a atitude básica sustenta a convicção de que todo e qualquer indivíduo tem um potencial afectivo-sexual que, na eventualidade de exigir uma redefinição, não significa uma inadequação, ou, pior, uma ausência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dijkers M. Quality of life after spinal cord injury: a meta analysis of the effects of disablement components. *Spinal Cord* 1997; 35:829-40.
2. Shumaker S, Anderson R, Czajkowski S. Psychological tests and scales. In: Spliker B, editor. *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press; 1990. p. 95-113.
3. Blanchard EB. Behavioral medicine: past, present and future. *J Consult Clin Psychol* 1982; 50:795-6.
4. Organização Mundial de Saúde. *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. Geneva: WHO; 1980.
5. Organização Mundial de Saúde. *International classification of functioning, disability and health - ICF*. Geneva: WHO; 2001.
6. Seymour W. *Remaking the body: rehabilitation and change*. London: Routledge; 1998.
7. Falk P. *The consuming body*. London: Sage; 1994.
8. Featherstone M. *The body in consumer culture*. In: Featherstone M, Hepworth M, Turner B, editors. *The body: social process and cul-*

tural theory. London: Sage; 1991. p. 170-197.

9. Shilling C. The body and social theory. London: Sage; 1993.

10. Lorber J. Paradoxes of gender. New Haven and London: Yale University Press; 1994.

11. McCabe M, Taleporos G. Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability. Arch Sex Behav 2003; 32:359-69.

12. Drench M. Impact of altered sexuality and sexual function in spinal cord injury: a review. Sex Disabil 1992; 10:3-13.

13. Kaplan HS. The new sex therapy. London: Ballière & Tindall; 1974.

14. Kaplan HS. Disorders of sexual desire. New York: Bruner/Mazel; 1979.

15. Bancroft J. Human sexuality and its problems. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1989.

16. Bancroft J, Janssen E. The dual control model of male sexual response: a theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. Neurosci Biobehav Rev 2000; 24:571-9.

17. Bancroft J. Central inhibition of sexual response in the male. a theoretical perspective. Neurosci Biobehav Rev 1999; 23:763-84.

18. Cardoso J. Sexualidade masculina pós-lesão vertebro-medular [tese de doutoramento]. Porto: ICBAS-Univ. Porto; 2003.

19. Stein R. Sexual dysfunctions in the spinal cord injured. Paraplegia 1992; 30:54-7.

20. Higgins JG. Aspects of sexual response in adults with spinal-cord injury: a review of the literature. In: LoPiccolo J, LoPiccolo L, editors. Handbook of sex therapy. New York: Plenum Press; 1978. p. 387-410.

21. Ducharme S, Gill K, Biener-Bergman S, Fertitta L. Função sexual: aspectos clínicos e psicológicos. In: Delisa JA, editor. Medicina de reabilitação: princípios e prática. Vol. 2. São Paulo: Manole; 1992. p. 601-621.

22. Ducharme SH, Gill KM. Sexuality after spinal cord injury. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing; 1997.

23. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Satisfaction in the sex life of a general population sample. J Sex Marital Ther 2000; 26:141-51.

24. Alexander CJ, Sipski ML, Findley TW. Sexual activities, desire and satisfaction in males pre- and post-spinal cord injury. Arch Sex Behav 1993; 22: 217-28.

25. Kreuter M, Sullivan M, Siösteen A. Sexual adjustment and quality of relationships in spinal paraplegia: a controlled study. Arch Phys Med Rehabil 1996; 77:541-8.

26. Schover LR, Jensen SB. Sexuality and chronic illness: a comprehensive approach. New York: The Guilford Press; 1988.

27. McCabe MP, Cummins RA, Deeks AA. Sexuality and quality of life among people with physical disability. Sex Disabil 2000; 18:115-23.

28. Pangman VC, Seguire M. Sexuality and the chronically ill older adult: a social justice issue. Sex Disabil 2000; 18: 49-59.

29. Jacobson DS. The Sexuality and Disability Unit: applications for group training. Sex Disabil 2000; 18: 175-77.

30. Chivers J, Mathieson S. Training in sexuality and relationships: an Australian model. Sex Disabil 2000; 18:73-80.

31. Sipski ML, Alexander CJ. Impact of disability or chronic illness on sexual function. In: Sipski ML, Alexander CJ, editors. Sexual function in people with disability and chronic illness: a health professional's guide. Gaithersburg, MA: Aspen; 1997. p. 3-12.

32. Webster C, Heath H. Sexuality and people with disability or chronic illness. In: Heath H, White I., editors. The challenge of sexuality in health care. Oxford: Blackwell Science; 2002. p. 211-25.

Endereço para correspondência:

Jorge Cardoso

Av. Eng. Arantes e Oliveira, 46 - 7º Esq.

1900-223 Lisboa

E-Mail: jcardoso.psi@netcabo.pt