

MPSM

MESTRADO EM
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE MEDICINA
SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Jacinto Nuno Costa Azevedo

Sexualidade na Doença de Parkinson

Porto, 22 de Outubro de 2010

Agradecimentos

As pessoas com quem nos encontramos são a fonte da nossa inspiração e pouco a pouco tornam-se parte de nós próprios.

Gostaria de agradecer ao meu orientador, Prof. Doutor Manuel Esteves, pela sua ajuda, compreensão e disponibilidade. De igual modo gostava de deixar um agradecimento muito especial à Dr.^a Maria José Rosas por toda a ajuda e motivação que me deu neste trabalho sem a qual esta tese não poderia ter sido realizada.

Gostaria também de agradecer ao Director do Serviço da FMUP de Psiquiatria e Saúde Mental Prof. Doutor Rui Coelho, ao Director do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental Dr. António Roma Torres, à Directora do Serviço de Neurologia Prof. Doutora Carolina Garrett, ao Director do Serviço de Neurocirurgia Prof. Doutor Rui Vaz.

Por último agradecer a todos aqueles que prestaram o seu auxílio de uma forma directa ou indirecta neste trabalho.

Resumo

Introdução: O impacto da Doença de Parkinson (DP) na saúde sexual é ainda um tema controverso. Os clínicos devem ter em atenção a saúde sexual dos seus doentes com DP.

Objectivos: Avaliar a saúde sexual dos doentes com DP.

Métodos: Selecionamos aleatoriamente um grupo de doentes com DP e um grupo de controlos saudáveis. Para medir a função sexual utilizámos o Índice Internacional de Função Eréctil (IIFE) e o Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF). Para avaliar a presença de sintomatologia depressiva e outra sintomatologia psicopatológica como a ansiedade, utilizou-se o Índice de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Sintomas Breve (BSI).

Resultados: A nossa amostra era composta por 83 doentes e 69 controlos ajustados para a idade e para o sexo. Os doentes do sexo masculino obtiveram pontuações totais no IIFE menores do que os controlos ($p < 0,01$). Na análise de regressão linear foram factores preditivos do IIFE a duração da doença e a idade (Adjusted R square = 0,43; $p < 0,01$). As doentes obtiveram pontuações menores do que os controlos na subescala do IFSF do desejo ($p < 0,01$). Os doentes do sexo masculino obtiveram pontuações superiores aos controlos no BDI e no BSI ($p < 0,01$).

Conclusões: Os doentes do sexo masculino têm uma deterioração da sua vida sexual cujos factores preditivos são a duração da doença e a idade do doente. A função sexual deve ser avaliada nestes doentes.

Palavras-chave: Doença de Parkinson, Sexualidade

Abstract

Introduction: The impact of Parkinson Disease (PD) in patient's sexual health is still a matter of debate. Clinicians should take into account the sexual function of their patients with PD.

Aims: To evaluate the sexual health of patients with PD.

Methods: We randomly select a group of PD patients and a group of healthy controls. We used the International Index of Erectile Function (IIEF) and the Female Sexual Function Index (FSFI) to assess sexual function. To evaluate depression and anxiety we used the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Beck Depression Index (BDI).

Results: We had 83 PD patients and 69 controls. Male patients had lower total IIEF scores than controls ($p < 0,01$). In the linear regression analysis were predictive factors for IIFE the duration of the disease and the patient's age (Adjusted R square=0,43 $p < 0,01$). In the desire domain of the IFSF there were significant differences between the cases and the controls ($p < 0,01$). Male patients had higher BSI and BDI scores than controls ($p < 0,01$).

Conclusions: Male PD patients had an impairment of sexual function predicted by duration of disease and age. Sexual function should be assessed in these patients.

Key-words: Parkinson Disease, Sexuality

Artigos a que esta tese deu origem:

Azevedo J, Esteves M, Rosas MJ, Coelho R. A Saúde Sexual na Doença de Parkinson. Aguarda publicação na revista Arquivos de Medicina.

Azevedo J, Esteves M, Rosas MJ, Sousa C, Fonseca R, Gago M, Sousa G, Linhares P, Torres AR, Garrett C, Vaz R, Coelho R. Disfunção Sexual na Doença de Parkinson. Aguarda publicação na revista Arquivos de Medicina.

Índice

Introdução	4
Diagnóstico da Doença de Parkinson	5
Sexualidade e Doença de Parkinson	6
Disfunções sexuais masculinas	8
Disfunção sexual em homens com Doença de Parkinson	11
Disfunções sexuais femininas	12
Disfunção sexual em mulheres com Doença de Parkinson	13
Efeito da Doença de Parkinson nas relações entre os casais	14
Fármacos e sexualidade na Doença de Parkinson	16
Hipersexualidade na Doença de Parkinson	17
Comorbilidades Psiquiátricas na Doença de Parkinson	19
Depressão, ansiedade e apatia na Doença de Parkinson	
Psicose na Doença de Parkinson	20
Objectivos	22
Material e Métodos	23
Resultados	30
Discussão	52
Conclusões	57
Referências	58

Lista de abreviaturas e siglas

BDI - Índice Depressivo de Beck

BSI - Breve Inventário de Sintomas

DBS-STN - Cirurgia de estimulação profunda do núcleo subtalâmico

DDEL - Dose diária equivalente de levodopa

DE - Disfunção erétil

DP - Doença de Parkinson

HY - Escala de Hoen-Yahr

IFSF - Índice de Funcionamento Sexual Feminino

IGS - Índice Geral de Sintomas

IIFE - Índice Internacional de Função Erétil

QoL - Qualidade de vida

QoSL - Qualidade de vida sexual

SSRIs - Inibidores selectivos da recaptção da serotonina

UPDRS - Unified Parkinson Disease Rating Scale

Lista de tabelas

Tabela 1: Domínios do IFSF	25
Tabela 2: Domínios do IIFE	26
Tabela 3: Domínios do BSI	29
Tabela 4: Características dos doentes com DP e dos controlos	32
Tabela 5: Pontuação do BSI nas mulheres	32
Tabela 6: Pontuações do IFSF	33
Tabela 7: Pontuação do BSI nos homens	34
Tabela 8: Pontuações do IIFE	35
Tabela 9: Prevalência de DE	35
Tabela 10. Frequência de actividade sexual nas últimas 4 semanas nos homens	36
Tabela 11: Prevalência de sintomas depressivos nos doentes com DP	37
Tabela 12: Pontuação do BSI nos doentes	38
Tabela 13: Prevalência de IGS patológico	38
Tabela 14: Uso de antidepressivos e antipsicóticos	39
Tabela 15: Características dos doentes com DP com e sem cirurgia	41
Tabela 16: Pontuação do BSI nos doentes com DP com e sem cirurgia	43
Tabela 17: Pontuação do IFSF nas doentes com DP com e sem cirurgia	44
Tabela 18: Pontuação do IIFE nos doentes com DP com e sem cirurgia	45
Tabela 19: Prevalência de DE nos doentes com DP com e sem cirurgia	46
Tabela 20: Prevalência de sintomas depressivos nos doentes com DP com e sem cirurgia	47
Tabela 21: Prevalência de IGS patológico nos doentes com DP com e sem cirurgia	51

Introdução

A Doença de Parkinson (DP) atinge vários sistemas do organismo estando, muitas vezes, associada a disfunção sexual (1, 2). Apenas, uma minoria dos doentes recebe apoio para as suas preocupações sexuais (3). No entanto, é do conhecimento dos profissionais de saúde que a função sexual saudável é um dos factores que mais contribui para o sentimento de bem-estar (4).

A sexualidade é um aspecto crucial da personalidade e do comportamento de todos os seres humanos, incluindo necessidades básicas de contacto, intimidade, expressão emocional, fonte de conforto, prazer, assim como, é uma forma de afirmação do papel de género quando outros papéis desapareceram.

Os casais em que um dos parceiros tem DP têm uma elevada prevalência de problemas sexuais. Os profissionais de saúde poderão desempenhar um papel importante na abordagem dos aspectos de Saúde Sexual no tratamento da DP (5).

A função sexual pode ser definida pelas várias formas pelas quais um indivíduo é capaz de participar numa relação sexual de acordo com a sua vontade, sendo contudo, um processo complexo que depende dos sistemas vascular, endócrino, neurológico e fortemente influenciada por numerosos factores psicossociais (6).

Na população em geral, as disfunções sexuais, no seu conjunto, têm uma elevada prevalência nas mulheres (43%) e nos homens (31%), entre os 18 e os 59 anos (4).

A função sexual é influenciada por vários factores entre os quais se destacam o envelhecimento, as experiências de vida, e as co-morbilidades médicas (6).

As perturbações do desejo sexual têm uma prevalência de 30-35% nas mulheres entre os 18-70 anos, a dificuldade na lubrificação vaginal pode atingir os 39%, e a impossibilidade de atingir o orgasmo atingirá os 34% (7). A disfunção erétil (DE) foi encontrada em 52% dos homens entre os 40-70 anos (8), a ejaculação prematura tem uma prevalência de 30% nos homens americanos entre os 18-59 anos (4).

Num estudo Americano com uma amostra de 3 005 pessoas verificou-se que a prevalência de actividade sexual diminui com a idade mantendo-se em 73% dos indivíduos entre os 57-64 anos, em 53% entre os 65-74 anos e em 26% entre os 75-85 anos (9).

Globalmente as disfunções sexuais são mais prevalentes entre os homens e mulheres com atingimento prévio da sua saúde física e/ou mental. As doenças neurológicas interferem geralmente com a função sexual, e muitos dos doentes perspectivam esta perda como o aspecto mais grave da sua doença (10).

Diagnóstico da Doença de Parkinson

O principal sintoma da DP é a bradicinesia que se acompanha de, pelo menos, um de outros três sintomas: rigidez, tremor de repouso, alteração dos reflexos posturais. É importante distinguir a DP de outros Síndromes Parkinsónicas não idiopáticas.

O diagnóstico da DP baseia-se no uso dos critérios de diagnóstico da *United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank* (11). Como critérios clínicos importantes para a DP contam-se o início unilateral dos sintomas, o tremor de repouso com uma frequência de 4-6 Hz, e a resposta à levodopa. Outras características a ter em consideração são: a assimetria persistente mesmo quando há sintomas bilaterais; a persistência dos sintomas maioritariamente no sistema motor por mais de 5 anos de doença; o aparecimento de discinesias induzidas pela levodopa.

A avaliação da gravidade da DP é realizada através da aplicação das seguintes escalas: a *Unified Parkinson Disease Rating Scale* (UPDRS) e a *escala de Hoehn-Yahr* (HY).

Neste estudo usou-se a *escala de Hoehn-Yahr* para o estadiamento da gravidade da progressão da DP.

Esta *escala de Hoehn-Yahr* divide-se em 6 estádios, a saber: estádio 0: sem sintomas clínicos; estádio 1: as alterações no funcionamento são mínimas, porém existem manifestações unilaterais de tremor, rigidez ou bradicinesia; estádio 2: o equilíbrio não está prejudicado, todavia as manifestações do estádio 1 são bilaterais. Os doentes ainda são autónomos; estádio 3: os sintomas são bilaterais mas ligeiros a moderados. As alterações do equilíbrio são

ligeiras. Os doentes necessitam de auxílio substancial; estadio 4: os sintomas bilaterais são mais graves e existe alteração significativa do equilíbrio; estadio 5: os doentes estão restritos ao leito ou a uma cadeira de rodas. Os sintomas bilaterais são muito graves.

Sexualidade e Doença de Parkinson

A DP associa-se a perturbações da função sexual na medida em que é uma doença que atinge vários sistemas provocando alterações motoras, autónomas, emocionais, cognitivas e alterações do sono. Por outro lado, devem ser considerados os efeitos laterais dos fármacos antiparkinsónicos (5). Vários autores apontam a necessidade de intimidade e a expressão sexual como dimensões importantes da *qualidade de vida* (QoL) das pessoas com DP (12). Uma vida sexual satisfatória é uma forma de se sentir “normal” quando todos os aspectos de vida diária se modificaram (3).

Moore *et al.* mostraram que nos doentes com DP a QoL juntamente com a *qualidade da vida sexual* (QoSL) estão significativamente correlacionadas com a satisfação geral de vida (13).

O reconhecimento da necessidade de melhorar a QoSL levou à proposta de que a história sexual deva fazer parte da história neurológica e de que a saúde sexual e os aspectos relacionais devam ser tidos em consideração, o que implica a inclusão dos companheiros no planeamento do tratamento (5, 10). Este tipo de consultadoria sexual permite que se estabeleçam estratégias de tratamento mais flexíveis levando em consideração as mudanças na sexualidade, assim como, contribuem para uma melhor QoL dos doentes, dos parceiros (as) e das suas famílias (3, 6, 16).

As disfunções sexuais são comuns nos doentes com DP e representam um dos aspectos incapacitantes da doença (2).

Os sintomas da DP, particularmente os motores, influenciam a vida sexual de 72-76,7% dos homens e 61-65% das mulheres (5,17). Devido à DP, 41.9% dos homens e 28.2% das mulheres cessam a sua actividade sexual, verificando-se uma insatisfação geral com a vida sexual (65.1% dos homens e 37.5% das mulheres), e uma elevada prevalência de disfunção sexual (5).

Mott *et al.* descreveram que 73.5% de 441 pessoas com DP na Austrália tinham limitações sexuais e que os homens avaliavam de modo mais intenso do que as mulheres o impacto da limitação sexual na QoL (18). Os mesmos autores sugeriram como factores preditivos de limitações sexuais a duração dos sintomas, o auto-cuidado e a idade (18).

Para além do efeito da DP na função sexual, Bronner *et al.* encontraram que a disfunção sexual pré-mórbida pode contribuir para o cessar da actividade sexual e para o desenvolvimento de disfunção sexual à medida que a DP progride (5).

Os sintomas motores como a rigidez, o tremor, a imobilidade na cama, a dificuldade nos movimentos finos dos dedos, pode limitar o toque íntimo necessário para o prazer e para a excitação sexual, na realidade metade dos doentes jovens com DP sentem que a sua rigidez contribui para a sua disfunção sexual (14).

A modificação da aparência, o excesso de sudação, a sialorreia, e as alterações na marcha tornam os doentes menos atraentes. Do mesmo modo, as faces em máscara podem ser interpretadas como ausência de afecto ou desejo. As alterações do movimento podem levar a que os doentes se tornem sexualmente passivos, impondo deste modo, um papel mais activo na companheira. As alterações do sono podem levar a que o casal durma em camas separadas, diminuindo assim as oportunidades para o contacto íntimo (2, 20).

Neste contexto, os doentes deixam de fazer avanços sexuais pelo medo da rejeição ou de falhar, enquanto as companheiras se sentem sexualmente ignoradas (5).

A depressão, a ansiedade e a fadiga contribuem frequentemente para a disfunção sexual (20). A insatisfação sexual nos doentes jovens com DP não aumenta com a duração ou gravidade da DP, mas o desemprego e a depressão afectam negativamente a sua satisfação sexual (2).

Disfunções sexuais masculinas

As disfunções sexuais masculinas podem dividir-se em perturbações do desejo sexual, disfunção erétil, perturbações do orgasmo e ejaculação prematura. A prevalência varia de acordo com o tipo de amostra considerada sendo que as amostras recolhidas na comunidade indicam uma prevalência de 3% para a perturbação orgásmica masculina, 10% para a disfunção erétil, de 7% para a perturbação de desejo sexual hipoactivo nos homens e 4-5% de prevalência para a ejaculação prematura. As amostras recolhidas em cuidados primários ou em centros de referência são caracteristicamente superiores (21).

A perturbação orgásmica masculina é caracterizada pela dificuldade persistente em atingir o orgasmo. As estimativas comunitárias de prevalência desta perturbação atingem os 3% (22-26). A prevalência em centros de referência atinge os 38% (27, 28).

A ejaculação prematura é definida como uma ejaculação com uma estimulação mínima e antes que a pessoa o deseje, sendo o tempo de penetração vaginal inferior a um minuto. A idade, a experiência sexual e a frequência sexual devem ser consideradas no diagnóstico desta perturbação.

As estimativas comunitárias de prevalência de ejaculação prematura variam entre 4% (22, 29, 30) e 5% (28, 31). Quando determinada em centros especializados pode atingir 22% (29, 32).

A perturbação de desejo sexual hipoactivo define-se pela diminuição da fantasia sexual e do desejo para actividade sexual. Deve considerar-se a idade e o contexto de vida da pessoa no diagnóstico desta perturbação.

A prevalência comunitária varia de 0% (32) a 7% (29). Em centros especializados varia entre 3% e 55% (28, 33).

A *dispareunia* é caracterizada pela existência de dor recorrente durante o acto sexual. A prevalência de dor no homem é significativamente inferior à das mulheres (34). A prevalência varia entre 0.2% e 8%, amostras comunitárias e clínicas respectivamente (23, 35).

A disfunção erétil (DE) caracteriza-se pela presença de erecções que não permitem a penetração sexual, porque não são atingidas ou porque não se mantêm.

A prevalência comunitária pode atingir 10% (23). A idade, a presença de co-morbidade médica, a iatrogenia farmacológica, os hábitos de vida e consumo de substâncias influenciam a função erétil. Os principais factores de risco para a DE incluem idade avançada, diabetes, hipertensão e uso de medicações (36, 37).

Uma das prevalências mais elevadas de DE no contexto de patologia médica foi encontrada nos doentes com DP (60%) (52) e nos doentes com Doença de Alzheimer (55%) (39). Em centros especializados com consulta de sexologia, a prevalência varia de 1% (35) a 53% (32).

Foi recentemente realizado um estudo na população portuguesa que avaliou a prevalência da DE em centros de atendimento primário. A prevalência de DE foi de 47.6 - 48.1% ajustada para a idade. De acordo com o Índice Internacional de Função Erétil, 35% apresentavam DE mínima, 9% moderada e 4% completa (40). Os autores encontraram uma clara associação entre DE e a idade. Dos homens na faixa etária dos 60-69, 74% tinham algum grau de disfunção erétil, comparados com 29% dos homens na faixa etária dos 40- 49 anos.

A gravidade da DE aumenta com a idade: 1% dos homens têm DE completa na faixa etária dos 40-49 anos, 2% e 10% dos homens na faixa etária dos 50-59 e 60-69 anos respectivamente.

A prevalência de DE em Portugal encontrada por Teles *et al.*, no trabalho que temos vindo a citar, é semelhante aquela encontrada por outros autores.

Os três estudos comunitários realizados nos EUA, Massachusetts Male Aging Study (MMAS) (41), Olmstead County Study of Urinary Symptoms and Health Status (42), National Health and Social Life Survey (43), observaram um potente efeito do envelhecimento na disfunção erétil, independente do uso de diferentes formas de medida e diferentes métodos de colheita de amostra. Verifica-se que a gravidade e a frequência da DE aumentam após os 60 anos. Por outro lado, a prevalência de DE diminui à medida que aumenta o nível educacional. Níveis reduzidos de educação representam um risco para DE (45).

Os factores de risco relacionados com o estilo de vida também têm um importante efeito na disfunção erétil. Numa meta análise com 19 estudos publicados entre 1980 e 2001, 40% dos homens com DE eram fumadores (46). Do mesmo modo, o consumo excessivo de álcool

constitui um factor de risco para DE (47). A presença de obesidade, um estilo de vida sedentário e a ausência de prática de exercício, são também factores de risco para a DE (48).

A existência de comorbilidades médicas aumenta a probabilidade de DE (47). Dois terços dos doentes com diabetes *mellitus* têm algum grau de disfunção eréctil. As estimativas recentes de prevalência de DE na diabetes *mellitus* variam entre 20% e 67,4% (41).

A DE é geralmente mais grave nos hipertensos (49). Nos homens com hipertensão a prevalência de DE varia entre 15% e 68,3% (43-48).

A doença cardiovascular também se relaciona com DE (50). Teles *et al.* encontraram DE em 67% dos homens com angina de peito, 66% dos homens com insuficiência cardíaca e 56% nos homens com dislipidemia (40). A dislipidemia tem sido apontada como um factor de risco *major* para o desenvolvimento de DE (50).

A presença de doença psiquiátrica também se relaciona com a presença de DE (63%). A função sexual sofre alterações na presença de ansiedade, depressão, assim como, com o uso de determinados fármacos com efeitos deletérios sobre a função sexual como os antidepressores que inibem a recaptação da serotonina (51).

Disfunção sexual em homens com Doença de Parkinson

Nos doentes com DP verifica-se um impacto marcado nas fases do desejo, excitação e orgasmo da resposta sexual, na maior parte dos homens com DP, que se acentua com o aumento da duração da DP, mesmo nos doentes jovens (53). Os problemas sexuais são mais frequentes nos casais jovens em que o doente é do sexo masculino (54). A deterioração na vida sexual foi descrita em 76.7% dos homens (5), com diminuição na frequência de relações sexuais em 88% dos casos (55).

Nos homens com DP a diminuição do desejo sexual foi encontrada em 23-88%, a DE em 54-79%, a ejaculação prematura em 40% e as dificuldades em atingir o orgasmo em 40-87%. Atraso no orgasmo e ejaculação são causas comuns de considerável frustração sexual (56).

Gao *et al.* realizaram um estudo retrospectivo com uma amostra de 32 616 homens com idade entre os 40-75 anos que não tinham DP numa primeira avaliação em 1986 e que completaram um questionário retrospectivo com questões sobre DE no ano 2000. Neste estudo foi descrito um aumento do risco de desenvolvimento de DP nos homens com DE. Os homens com DE antes de 1986 tinham mais 3.8 vezes de desenvolver DP do que aqueles que não tinham DE (57).

De acordo com Castelli *et al.*, a estimulação profunda do núcleo subtalâmico tem um efeito positivo sobre a função sexual. Os doentes jovens (idade inferior a 60 anos) apresentaram uma maior satisfação sexual após um curto período de acompanhamento, sendo que o tratamento dopaminérgico e a gravidade da doença não eram factores preditivos da satisfação sexual (58).

Disfunções sexuais na mulher

Na população geral as disfunções sexuais são mais prevalentes nas mulheres do que nos homens (4, 60). As doenças que alteram a mobilidade e o desempenho físico, alteram a imagem corporal e o sentimento de atractividade, reduzindo o desejo sexual (62).

No geral pode dizer-se que 40% da população feminina é afectada por um problema sexual, sendo que essa prevalência aumenta para 50% nas mulheres na peri-menopausa e na menopausa (66).

Laumann *et al.* encontraram uma prevalência de 32% de problemas sexuais em mulheres americanas com idades compreendidas entre 18 e 59 anos (63). A prevalência em mulheres europeias avaliada pelos mesmos autores foi de 27% sendo a perturbação de desejo sexual hipoactivo a mais comum (67). O maior estudo populacional com 31 581 mulheres americanas com mais de 18 anos indicou uma prevalência de problemas sexuais de 40% (60). A idade e os factores culturais influenciam, igualmente, a presença de disfunção sexual no sexo feminino (71).

A perturbação de desejo sexual hipoactivo é a disfunção sexual mais frequente entre as mulheres. Existe uma grande variação nos dados disponíveis quanto à sua prevalência. O número mais consensual varia entre 20 – 30% da população. Dennerstein *et al.* encontraram uma prevalência comunitária de 29% para esta disfunção (67).

Em Portugal, a prevalência de perturbação de desejo sexual hipoactivo, em amostras clínicas, é de 40,4% (77).

Os dados sobre a perturbação de excitação sexual são escassos uma vez que uma alteração da excitação sexual desencadeia, secundariamente, problemas do desejo e do orgasmo. Os dados disponíveis apontam para uma prevalência de 15% em estudos multi-étnicos e englobando diferentes grupos etários (70, 72).

No caso da perturbação orgásmica nas mulheres pensa-se que a prevalência seja de 25% na população em geral (68, 75). Em Portugal a sua prevalência em amostras clínicas, é de 21,3%. (77).

As perturbações de dor sexual são divididas em *dispareunia* (dor recorrente ou persistente durante o acto sexual que causa uma limitação importante no desempenho do mesmo) e *vaginismo* (espasmo involuntário do terço exterior das paredes vaginais que interfere ou impede a penetração) (76).

A presença de dor sexual diminui claramente a qualidade de vida (60). As perturbações de dor sexual tendem a diminuir com a idade. As mulheres com 18-29 anos têm 3 vezes mais dor no acto sexual do que aquelas entre os 50-59 anos. A presença de comorbilidades médicas aumenta a prevalência de dor sexual (60). Os factores de risco identificados são: baixo nível de educação, baixo nível económico, existência de perturbações ansiosas/depressivas, presença de sintomas do tracto urinário.

Verifica-se um aumento na prevalência de dor nas mulheres durante a menopausa. Nas mulheres pré-menopausa ocorre uma prevalência de 17% de queixas de dor sexual comparando com 24% nas mulheres pós-menopausa (76).

A prevalência de vaginismo estima-se em 6% na população geral (79), e em Portugal, em amostras clínicas, a sua prevalência é de 25,5% (77).

Disfunção sexual em mulheres com Doença de Parkinson

As mulheres com doenças neurológicas estão em risco de desenvolver disfunções sexuais. A resposta sexual feminina inicia-se pelo relaxamento do músculo liso pélvico mediado por neurotransmissão vascular e não vascular, que leva ao aumento do fluxo sanguíneo pélvico, lubrificação vaginal, ingurgitamento do clítoris e dos lábios vaginais. As alterações da função sexual feminina estão associadas com diminuição do desejo, excitação, lubrificação vaginal, sensibilidade genital, e capacidade de atingir o orgasmo (78).

A deterioração na vida sexual é descrita em 78.1% das mulheres com DP. Os problemas mais comuns envolvem a excitação (87,5%), orgasmo (75%) e desejo 50%) (5).

Existe uma diminuição na frequência de actividade sexual em 43-83% das doentes com DP, e cerca de 35% destas mulheres queixam-se de uma diminuição da lubrificação vaginal (2, 5).

As mulheres com DP descrevem uma alteração na qualidade do orgasmo. A tensão sexual não atinge um pico, mas vários pontos elevados, seguidos por um declínio abrupto (27). Existem diferenças significativas na firmeza vaginal, perda de urina involuntária, ansiedade, depressão e satisfação sexual entre as doentes e os controlos. As alterações na função sexual da mulher com DP aumentam à medida que a doença progride (12).

As mulheres referem problemas menstruais após o início da DP, nomeadamente um aumento do sangramento associado a dor (80).

A imagem corporal e sexual são algumas das principais preocupações das doentes jovens com DP (idade entre 35-59 anos), sendo estes problemas pouco abordados pelos seus médico(a)s e enfermeiro(a)s. As mulheres que manifestam preocupação com a alteração da sua imagem corporal queixam-se que deixam de se sentir atraentes, mudando a sua forma de vestir de modo a lidarem com os sintomas da DP (80).

Efeito da DP nas relações entre os casais

Uma função sexual saudável representa mais do que a capacidade de ter erecções e de atingir orgasmos. A qualidade do relacionamento do casal pode contribuir para a presença de disfunções sexuais (82). Beier *et al.* investigaram a influência da DP na sexualidade e no companheirismo em 330 mulheres e 1 008 homens da *Organização Alemã de Parkinson*. Para além de disfunção sexual e insatisfação sexual, o relacionamento do casal em geral, foi afectado de modo negativo pela doença. A comunicação, especialmente o toque físico e a expressão de sentimentos, foi reduzida após o diagnóstico, enquanto o desejo de intimidade mútua permanecia no mesmo nível que anteriormente. Embora exista uma elevada frequência de disfunção sexual, apenas 34.2% dos doentes referiram discutirem sobre aspectos sexuais com os seus parceiros (17).

Os casais com DP descrevem uma marcada redução nas expressões físicas e emocionais. A redução da frequência do toque íntimo tem um efeito negativo na auto-estima e aumenta a tensão entre o casal. Inversamente, a restauração da intimidade melhora o relacionamento do casal (83).

O efeito da DP na função sexual parece ser maior quando o doente é do sexo masculino (52). Estudos recentes demonstram um efeito negativo da DE masculina na sexualidade das companheiras. Uma diminuição significativa no desejo, excitação orgasmo e satisfação sexual é descrita pelas mulheres em que o parceiro tem disfunção erétil. A função sexual de 17 parceiras sexuais de homens com DP encontrava-se comprometida nos 5 domínios da *DeGoratis Interview for Sexual Functioning – Self Report* (excitação sexual, comportamento, orgasmo, fantasia e desejo). Quando os companheiros são tratados com inibidores da fosfodiesterase 5, as mulheres descrevem um funcionamento sexual significativamente melhorado (84).

Fármacos e sexualidade na Doença de Parkinson

Os fármacos usados no tratamento da DP têm um efeito na função sexual podendo causar diminuição do desejo, disfunção erétil, anorgasmia, ejaculação prematura, atraso na ejaculação (2, 14) e hipersexualidade (85-87).

O sistema dopaminérgico central tem um papel importante no controlo da função sexual e da actividade erétil normal no homem. A levodopa pode aumentar ou diminuir a latência da ejaculação e orgasmo, podendo causar ausência de ejaculação (88). A amantadina tem sido descrita como um fármaco eficaz no tratamento da disfunção sexual induzida por neurolépticos e antidepressivos (89, 90).

A bromocriptina diminui a latência da ejaculação. O pergolide pode induzir ejaculações espontâneas (87). Alguns estudos descrevem que os agonistas dopaminérgicos D1/D2 semi-sintéticos como a apomorfina e o ropinirol podem induzir erecções em homens saudáveis e em homens com DE (91).

A selegelina, um inibidor selectivo da MAO-A, está associado a aumento do desejo sexual e a formas de hipersexualidade (101).

A disfunção sexual é muito comum em doentes que tomam inibidores selectivos da recaptção da serotonina (SSRIs) (78).

Os antidepressores tricíclicos inibem a ejaculação de um modo dose-dependente devido à sua acção anticolinérgica e propriedades antagonistas dos receptores alfa adrenérgicos. Os antipsicóticos como a clozapina e a risperidona fazem um antagonismo dos receptores da dopamina e da serotonina causando atraso na ejaculação. Por outro lado, o aumento da prolactina provocado por estes fármacos, tem efeitos negativos sobre a resposta sexual. A quetiapina causa elevações menos pronunciadas da prolactina, pelo que é apontada como um dos fármacos da sua classe que induz menor disfunção sexual (92).

O papel da dopamina e dos agonistas da dopamina nos comportamentos dependentes da recompensa, na dependência do jogo e na sexualidade tem sido explorado e deve ser

considerado nestes doentes, uma vez que podem causar sofrimento considerável ao doente e à sua família (95).

Hipersexualidade na Doença de Parkinson

A hipersexualidade nos doentes parkinsonianos atraiu a atenção dos profissionais de saúde dado o seu impacto nos doentes e nas suas famílias. Actualmente a hipersexualidade é um dos tópicos mais abordados na literatura sobre a sexualidade nos doentes com DP, embora, não haja, até ao momento nenhum instrumento validado para medir a hipersexualidade na DP.

Têm sido usados vários termos para descrever hipersexualidade, como “adição sexual”, “compulsividade sexual”, “impulsividade sexual” e “aumento de interesse por sexo”.

O comportamento que se observa na hipersexualidade inclui aumento do desejo sexual, aumento na frequência de ereções, aumento do comportamento de procura de sexo, por vezes acompanhado de agressividade, parafilias, e masturbação compulsiva (95-98).

A hipersexualidade é considerada uma manifestação de inibição frontal inapropriada. A combinação de perturbações do sistema autónomo, do sistema motor, com alterações do auto-conceito, diminuição da actividade social e pensamentos paranóides em relação à esposa, podem levar os doentes a comportamentos mais agressivos e a uma maior exigência sexual (99).

Existem factores de risco conhecidos para a hipersexualidade na população geral, entre eles, o abuso de substâncias e o consumo de tabaco (100). Algumas explicações teóricas para o aumento do desejo sexual têm em consideração as perturbações no sistema de controlo de impulsos. Uma dessas explicações apoia-se na degeneração do sistema de recompensa, outras propõem a existência de alterações funcionais e possivelmente estruturais devido à estimulação a longo prazo, contínua e não fisiológica do sistema dopaminérgico.

Alternativamente, a hipersexualidade pode desenvolver-se devido a outras irregularidades na neurotransmissão. Foi descrito que a lamotrigina (um fármaco antiepiléptico, que diminui a libertação sináptica de glutamato) pode ser responsável por casos de hipersexualidade dose-

dependente (100). Shapiro *et al.* descreveram dois casos de doentes com DP, de início precoce, que desenvolveram formas de hipersexualidade associados à selegelina, e mais tarde desenvolveram comportamentos obsessivo-compulsivos e comportamentos do tipo *punding* com introdução de agonistas dopaminérgicos (101).

As formas de hipersexualidade representam 3% de todas as complicações neuropsiquiátricas da terapia antiparkinsoniana (98). A sua prevalência é maior nos homens, que têm um início precoce dos sintomas e parece estar associada com todos os fármacos dopaminérgicos (95). O aumento do comportamento sexual não se deve à melhoria física e mental causada pelo tratamento da DP. A supersensibilidade associada à desnervação parece ser uma explicação teórica possível para o aumento do desejo para níveis pré-mórbidos ou mais elevados, após o início dos fármacos dopaminérgicos (92).

O aumento do desejo sexual é, deste modo, uma mudança comportamental comum nos doentes com DP. É importante distinguir entre a existência de diferenças no desejo sexual entre o casal e as formas de hipersexualidade induzidas por fármacos. A hipersexualidade é, como vimos, mais comum nos homens, que geralmente negam a existência do problema. As suas companheiras são geralmente a fonte de informação sobre o problema. É importante detectar e tratar esta condição, que geralmente é sub-diagnosticada, e tratá-la o mais rápido possível de modo a prevenir o aumento de tensão na família que já está a lidar com as difíceis consequências da DP (85).

Comorbilidades Psiquiátricas na Doença de Parkinson

Depressão, ansiedade e apatia na Doença de Parkinson

A depressão, a ansiedade e a apatia são comuns na DP. Em particular, a depressão, demonstrou ser um factor preditivo da qualidade de vida nestes doentes (103).

Existem algumas dificuldades no diagnóstico destas entidades devido à sobreposição das manifestações motoras típicas da DP que podem ser interpretadas como parte do quadro psiquiátrico. Têm, por isso, sido propostos novos critérios de diagnóstico para estas patologias co-mórbidas (103).

Uma vez que a depressão e ansiedade têm um substrato neurobiológico distinto na DP, os psicofármacos tipicamente usados para ansiedade e depressão devem ser alvo de novos ensaios clínicos para que a sua eficácia seja aferida nestes doentes. Mesmo assim, devemos ter em consideração que o papel da dopamina na génese da depressão, é relevante. A projecção de neurónios dopaminérgicos da área tegmental ventral para as áreas mesolímbicas está envolvida nos circuitos que determinam o humor, a motivação e a procura de recompensa (110).

Existem dados divergentes no que concerne à prevalência destas perturbações. Numa revisão sistemática realizada por Reijnders *et al.* em 2008 a prevalência de depressão major, depressão minor e distímia foi respectivamente de 17%, 22% e 13% (103).

As perturbações de ansiedade têm uma prevalência estimada de 24-75% na DP (104), sendo a perturbação de pânico, a perturbação de ansiedade generalizada e a fobia social as mais comuns (105).

A depressão e ansiedade podem ambas ocorrer durante a história natural da doença e podem em alguns casos preceder o desenvolvimento dos sintomas motores levando a erros de diagnóstico e a intervenções terapêuticas mal dirigidas (106). A presença de sintomatologia depressiva foi considerada o principal preditor de insatisfação sexual entre os doentes com DP e as suas companheiras(os) (107).

A prevalência da apatia varia entre 16,5% e 42% dependendo dos critérios utilizados. A presença de depressão e/ou de défices cognitivos nomeadamente fronto-temporais, podem dificultar o diagnóstico de uma perturbação primária da motivação (108).

Os factores que contribuem para o desenvolvimento de doença neuropsiquiátrica na DP podem ser orgânicos, como a depleção de neurotransmissores monoaminérgicos, e/ou psicológicos, como a adaptação à doença. Devemos ainda considerar a história familiar, os factores ambientais, e a personalidade pré-mórbida. (109).

Psicose na Doença de Parkinson

Os sintomas psicóticos podem ocorrer em até 50% dos doentes com DP (110-2). Ao longo da história natural da DP, os sintomas psicóticos tendem a ser persistentes e progressivos (113-5). O impacto da psicose é relevante e está associado a demência, depressão, mortalidade precoce, maior stress do cuidador, e necessidade de internamento agudo e crónico (116-119).

As alucinações visuais são o principal sintoma na psicose da DP (120-23). Em alguns estudos, mais de 90% dos doentes psicóticos tinham alucinações visuais (124). Estas, consistem geralmente de pessoas ou animais, e menos frequentemente podem ser objectos inanimados (125).

As alucinações auditivas podem ocorrer na forma de murmúrios, música ou vozes assustadoras. As alucinações auditivas aparecem juntamente com as visuais e têm uma prevalência de 8%-13%, mas raramente aparecem isoladas (126). As alucinações tácteis, olfactivas e gustativas raramente ocorrem e quando aparecem estão associadas com alucinações visuais (127-8). A experiência alucinatória tende a ser intermitente podendo ter uma duração de segundos a minutos (129). As alucinações geralmente ocorrem em ambientes com reduzida estimulação, por exemplo ao anoitecer ou quando o doente está num ambiente calmo. Os fenómenos de presença e passagem e as ilusões visuais são chamados de alucinações “menor”. Estes sintomas são menos referidos aos clínicos uma vez que não causam interferência no funcionamento do doente (121).

Os delírios são geralmente paranóides e têm como conteúdo a infidelidade do cônjuge ou o abandono da família. Os delírios de grandeza, somáticos, persecutórios e religiosos ocorrem com menor frequência (122).

A psicose surge com maior frequência nos doentes com DP avançada, dez ou mais anos após o diagnóstico da DP (123). Goetz *et al.* considerou que os DP que têm alucinações precocemente, vêm a revelar que têm outro diagnóstico alternativo à DP como Doença de Alzheimer ou demência com corpos de Lewy (123).

A maioria dos doentes mantêm o *insight* inicialmente sendo importante reconhecer estes sintomas nesta fase e tratá-los devidamente de modo a evitar a sua progressão (124-126).

A presença de alucinações é um importante factor preditivo da necessidade de referenciação do doente para uma unidade de cuidados prolongados (127).

Objectivos

Este estudo teve como objectivo avaliar o comportamento sexual dos doentes com DP do sexo masculino e feminino, comparando-os com um grupo de controlos saudáveis, ajustado para a idade e sexo. Definimos as seguintes hipóteses: os doentes do sexo masculino e do sexo feminino têm uma pior função sexual que os controlos; os factores preditivos de disfunção sexual são a idade, a duração da doença, a presença de ansiedade e a presença de depressão.

Material e Métodos

A amostra deste estudo é composta por 83 doentes (52 homens e 31 mulheres) com DP e 69 controlos (40 homens e 29 mulheres). Os doentes foram observados na consulta da Unidade de Doenças do Movimento do Serviço de Neurologia do Hospital de S. João, EPE.

O grupo de controlo é constituído por 69 indivíduos (29 mulheres e 40 homens), ajustado para a idade e o sexo. Indivíduos com doença neurológica foram excluídos do grupo de controlo.

Um neurologista com bastante experiência ficou responsável pelo diagnóstico e pelo estadiamento Hoehn-Yahr dos doentes. O diagnóstico de DP foi realizado tendo por base os critérios da *United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank Criteria* (11). Foram incluídos doentes com estádios Hoehn–Yahr entre 1 e 4.

Todos os doentes estavam sob tratamento farmacológico dopaminérgico, sendo este avaliado sob a forma de *dose diária equivalente de levodopa* (DDEL). A DDEL foi calculada para cada fármaco antiparkinsoniano através da multiplicação da dose diária total de cada fármaco pela sua potência relativa a uma preparação padrão de levodopa com valor de 1. Os factores de conversão usados foram os seguintes: preparações de libertação controlada de Levodopa=0.77, bromocriptina=10, apomorfina=15, ropinirol=20, pramipexol=60, e pergolide=100). Parte dos doentes foram submetidos a cirurgia de estimulação profunda do núcleo subtalâmico (DBS-STN).

Os doentes com demência clínica ou com pontuações no *Mini Mental State Examination* (128) inferiores a 20 foram excluídos.

Foram recolhidos dados sociodemográficos (idade, estado civil, profissão, religião). Foi também colhida informação sobre a idade de início da doença e a sua duração.

A presença de co-morbilidade médica foi avaliada sendo registada a presença de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemia e doença cardiovascular.

Para a avaliação quantitativa dos sintomas psiquiátricos foi usado o *Breve Inventário de Sintomas* (BSI). Para a avaliação da gravidade dos sintomas depressivos foi usado o *Índice Depressivo de Beck* (BDI).

A função sexual foi avaliada usando o *Índice Internacional de Função Erétil (IIFE)* e o *Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF)*.

O protocolo do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do HSJ-EPE. Todos os participantes deram o seu consentimento informado por escrito.

A análise das variáveis contínuas foi realizada usando o *Mann–Whitney U-teste* ou o *t-teste* para amostras independentes e o *teste Qui-quadrado* foi usado para as variáveis categóricas.

Foram usadas análises de regressão linear para o teste de factores preditivos da disfunção sexual na DP.

A informação foi analisada usando a versão 16 do SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Avaliação da função sexual

Índice de funcionamento sexual feminino

O IFSF é uma escala de auto-resposta que permite a avaliação da função sexual nas mulheres. O questionário é composto por 19 questões, sobre a actividade sexual, nas últimas quatro semanas. A paciente selecciona em cada questão uma das seis alternativas possíveis que melhor descreve a sua situação. A alternativa 0 indica que não teve relação sexual e as outras variam entre 1 e 5.

As pontuações das subescalas são somadas, originando uma pontuação final. As pontuações finais podem variar entre 4 a 95. Pontuações mais elevadas indicam um melhor grau de função sexual (129)

A análise da escala realiza-se dividindo as respostas em seis domínios diferentes: *desejo* (questões 1 e 2); *excitação* (questões 3, 4, 5 e 6); *lubrificação* (questões 7, 8, 9, e 10); *orgasmo* (questões 11, 12 e 13); *satisfação* (questões 14, 15 e 16); *desconforto/dor* (questões 17, 18 e 19) (tabela 1).

Tabela 1. Domínios do IFSF

Domínios	Questões	Pontuação possível	Pontuação máxima	Pontuação mínima
Desejo	1 e 2	1-5	2	10
Excitação	3, 4, 5 e 6	0-5	0	20
Lubrificação	7, 8, 9, e 10	0-5	0	20
Orgasmo	11, 12 e 13	0-5	0	15
Satisfação	14, 15 e 16	0-5	2	15
Desconforto/Dor	17, 18 e 19	0-5	0	15

Adaptado de Rosen 2000

A avaliação do grau de satisfação sexual de mulheres é complexa. Existem diversas variáveis que interagem entre si (biológicas, psicológicas, fisiológicas, padrões culturais) e que podem influenciar o grau de satisfação final (130).

O IFSF foi traduzido e validado para português (131). As propriedades psicométricas do IFSF foram avaliadas por Pereira A *et al.* numa amostra de 276 mulheres portuguesas com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos (132).

Este instrumento tem sido utilizado, com sucesso, para avaliar a função sexual em diferentes grupos: pacientes com incontinência urinária (133), com fibromialgia (134), com neoplasia da mama (130) e em outras populações.

O IFSF foi utilizado em doentes com DP por Rektorova *et al.* 2008 para a avaliação dos efeitos do ropinirol na função sexual (142).

Índice Internacional de Função Erétil

O IIFE é um questionário sintomático de auto-resposta, amplamente utilizado na avaliação da função sexual masculina. O IIEF foi desenvolvido em conjunto com o programa de estudo clínico do sildenafil em 1996-97 sendo concebido para ser validado em várias línguas e usado por várias culturas, preenchendo os requisitos das entidades reguladoras de saúde mundiais

(135). Após um estudo piloto, uma escala final com 15 itens foi desenvolvida e validada em 10 idiomas.

As 15 questões foram divididas em 5 domínios da função sexual: *função erétil* (questões 1, 2, 3, 4, 5, e 15), *função orgásmica* (questões 9 e 10), *desejo sexual* (questões 11 e 12), *satisfação no coito* (questões 6, 7 e 8) e *satisfação global* (questões 13 e 14) (136) (tabela 2).

Tabela 2. Domínios do IIFE

Domínios	Questões	Pontuação possível	Pontuação máxima	Pontuação mínima
Erecção	1, 2, 3, 4, 5, e 15	0-5	1	30
Orgasmo	9 e 10	0-5	0	10
Desejo	11 e 12	1-5	2	10
Satisfação com o coito	6, 7 e 8	0-5	0	15
Satisfação geral	13 e 14	1-5	2	10

Adaptado de Rosen 1997

Em 1999, o IIEF foi recomendado pelo *International Consultation on Erectile Dysfunction*, como o instrumento de avaliação da eficácia terapêutica a escolher nos estudos sobre DE, tendo sido considerado como *Gold Standard* desde então (137). Tem ainda sido utilizado como instrumento primário de comparação nos estudos da DE encontrando-se um padrão altamente consistente nos resultados, independentemente dos doentes randomizados ou de localização geográfica.

Os intervalos da pontuação permitem classificar a gravidade da DE em cinco grupos: *Sem DE* (26-30), *DE ligeira* (22-25), *DE ligeira a moderada* (17-21), *DE moderada* (11-16) e *DE grave* (6-10) (138).

Em Portugal, o IIEF foi recentemente utilizado em 3 548 homens para o estudo da prevalência de DE, em conjunto com outras variáveis, como a caracterização sociodemográfica, estilo de vida e factores de risco, numa população masculina entre os 40-69 anos de idade. A avaliação foi realizada em 50 Centros de Saúde entre Julho 2004 e Janeiro 2005 com uma taxa de resposta de 81,3%. A prevalência global encontrada foi de 48,1% (40).

Limitações do Índice Internacional de Função Erétil

O IIEF foca-se na função sexual actual e avalia superficialmente outras categorias para além da função erétil. Não permite a recolha de dados específicos sobre a relação a dois, assim como não nos informa sobre a função sexual do parceiro. Este instrumento foi criado com base na relação heterossexual (questão sobre a penetração vaginal). A avaliação da função orgásmica e do desejo sexual é limitada, não sendo a melhor ferramenta de avaliação sintomática em estudos clínicos nestas áreas.

O IIEF fornece um valor de base relativo à função sexual nas últimas 4 semanas que permite comparar com respostas futuras a um tratamento, no entanto, não deve ser usado como substituto de uma história clínica detalhada, na qual as circunstâncias do aparecimento, evolução temporal e pesquisa de factores de risco da disfunção sexual, terão de ser pesquisadas.

Deveci *et al.* avaliaram a capacidade do IIEF diferenciar entre DE de causa orgânica ou psicogénica, utilizando o eco-doppler peniano em 112 doentes (velocidade do pico sistólico >30 cm/s e velocidade diastólica final <5 cm/s como critério de normalidade). Tendo concluído que o IIEF não é totalmente preciso na diferenciação da causa da DE e que cerca de um quinto dos doentes, que apresentavam DE grave na pontuação sintomática, apresentavam hemodinâmica peniana normal (139).

O IIEF foi utilizado em doentes com DP por Lucon *et al.* 2001 (55) , para a avaliação da DE em doentes com DP; por Hussain, *et al.* em 2001 (140) para a avaliação da eficácia do sildenafil na DS nos doentes com DP; por Pohanka *et al.* em 2005 (141) para a avaliação dos efeitos do pergolide na função sexual; por Rektorova, *et al.* em 2008 (142) para a avaliação dos efeitos do ropinirol na função sexual.

Avaliação da sintomatologia depressiva

Índice Depressivo de Beck

A sintomatologia depressiva foi avaliada com a versão portuguesa do BDI (143). O BDI é uma escala que foi extensamente estudada e documentada na literatura (144-5). Este instrumento foi proposto por Aaron T. Beck e colaboradores, em 1961, para medir a sintomatologia depressiva. Em 1996, Beck e colaboradores desenvolveram a segunda versão do BDI, com o intuito de actualizar a escala, de modo a assemelhar-se aos critérios diagnósticos descritos no DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), para Episódio Depressivo *Major* (146).

Em termos gerais, a escala corrigida manteve-se semelhante à sua versão original de 21 questões. No entanto, na segunda versão, quatro questões da versão anterior – perda de peso, distorção da imagem corporal, preocupação somática e inibição para o trabalho – foram substituídos por questões que avaliam sintomas associados com graus mais intensos de depressão – agitação, dificuldade de concentração e perda de energia.

A versão original desta escala foi validada por Vaz Serra para a população portuguesa numa amostra de doentes psiquiátricos deprimidos sendo avaliada a validade de conteúdo, a validade de constructo, a validade de critério, a sensibilidade à mudança, e a sensibilidade entre populações (147-8). A validação Portuguesa da versão mais recente do BDI foi realizada por Coelho *et al.* em 2002 numa amostra de 775 adolescentes (143).

A cotação do instrumento, além da pontuação global, permite ainda que a intensidade da sintomatologia depressiva seja categorizada da seguinte forma: 1) *sem sintomas depressivos*: 0-13; 2) *sintomas depressivos leves*: 14-19; 3) *sintomas depressivos moderados*: 20-28; e 4) *sintomas depressivos graves*: pontuação global superior a 29 (146).

O BDI foi utilizado em doentes com DP por mais de 90 autores. Leentjens *et al.* (147) validou o uso do BDI nos doentes com DP. Recentemente Kummer *et al.* (148) usou o BDI para avaliar a relação da depressão com o desempenho cognitivo; Ehrt *et al.* (149) para avaliar a relação da depressão com a dor; Manor *et al.* (150) para avaliar a ansiedade e a depressão e a sua relação com as dificuldades de deglutição.

Avaliação dos sintomas psicopatológicos

Para avaliar a psicopatologia dos sujeitos utilizámos o BSI, desenvolvido por Derogatis em 1982 (151) e validado para a população portuguesa por Canavarro (152). O BSI é um questionário de auto-resposta em que os sujeitos devem classificar o grau em que determinado sintoma os afectou durante a última semana. Este instrumento utiliza uma escala do tipo *Likert*, em que a possibilidade de resposta vai desde *Nunca* a *Muitíssimas vezes*. Este inventário avalia sintomas psicopatológicos em 9 dimensões básicas de psico-sintomatologia (*somatização; obsessão-compulsão; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranoide; psicoticismo*) e 3 índices globais, sendo estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional (*Índice Geral de Sintomas-IGS; Total de Sintomas Positivos – TSP e Índice de Sintomas Positivos*) (tabela 3). Os valores médios obtidos para a população portuguesa foram: Índice Geral de Sintomas 0,83+/-0,48; Total de Sintomas Positivos 26,99+/-11,72; Índice de Sintomas Positivos 1,56+/-0,38.

Neste estudo usámos o IGS que nos fornece uma medida da média do *distress* actual apresentado pelo sujeito, e os índices das 9 dimensões, como recomendado por Derogatis (151).

O BSI foi usado em doentes com DP por Anderson *et al.* para avaliar o impacto das alterações motoras na psicopatologia, e na qualidade de vida (153).

Tabela 3: Domínios do BSI

Domínios	Questões	Mínimo	Máximo
Somatização	2, 7, 23, 29, 30, 33, e 37	0	28
Comportamentos Obsessivo-Compulsivos	5, 15, 26, 27, 32, e 36	0	24
Sensibilidade Interpessoal	20, 21, 22, e 42	0	16
Depressão	9, 16, 17, 18, 35, e 50	0	24
Ansiedade	1, 12, 19, 38, 45, e 49	0	24
Hostilidade	6, 13, 40, 41, e 46	0	20
Ansiedade Fóbica	8, 28, 31, 43, e 47	0	20
Ideação Paranoide	4, 10, 24, 48, e 51	0	20
Psicoticismo	3, 14, 34, 44, e 53.	0	20

Resultados

O grupo de doentes era composto de 83 pessoas, 31 mulheres e 52 homens (Tabela 4). A mediana das idades para as mulheres foi de 64 anos (percentil 25 - 58,0; percentil 75 - 71,0). Das mulheres 87,1% eram casadas, todas eram católicas, 83,9 % estavam reformadas, 3,2% exerciam uma profissão do sector secundário e 12,9% do sector terciário. A mediana para os anos de escolaridade foi de 4,0 anos (percentil 25 - 4,0; percentil 75 - 4,0). No que se refere ao estadiamento HY, 22% das doentes estavam no estadio I, 41% no estadio II, 23,8% no estadio III, e 3% no estadio IV. A duração da doença teve uma mediana de 10,0 anos (percentil 25 - 3,0; percentil 75 - 18,0). Todas as doentes estavam em tratamento farmacológico dopaminérgico, numa dose equivalente de dopa com a mediana de 600,0 (percentil 25 - 400,0; percentil 75 - 1225,0); 15 doentes (48,7%) tinham sido sujeitas a DBS-STN. A presença de comorbilidades médicas verificou-se em 3 doentes (duas com hipertensão arterial e uma com diabetes *mellitus*).

A mediana para o IGS foi de 0,89 (percentil 25 - 0,58; percentil 75 - 1,36) (tabela 5). A mediana para o índice de somatização foi de 1,33 (percentil 25 - 0,57; percentil 75 - 1,86), para o de depressão 1,33 (percentil 25 - 0,67; percentil 75 - 2,00), para o de hostilidade 0,80 (percentil 25 - 0,40; percentil 75 - 1,00), para o de ansiedade 1,33 (percentil 25 - 0,67; percentil 75 - 1,67), para o de ansiedade fóbica 0,80 (percentil 25 - 0,20; percentil 75 - 1,60), psicoticismo 0,80 (percentil 25 - 0; percentil 75 - 1,40), para o de paranóia 0,40 (percentil 25 - 0,20; percentil 75 - 1,00), para o de comportamentos obsessivos compulsivos 1,50 (percentil 25 - 0,83; percentil 75 - 1,83) e para o de sensibilidade interpessoal, foi de 0,75 (percentil 25 - 0,25; percentil 75 - 1,25).

Tabela 4: Características dos doentes com DP e dos controlos

	Mulheres doentes (n=31)			Mulheres controlos (n=29)			P	Homens doentes (n=52)			Homens controlos (n=40)			p
	Mediana	P25	P75	Mediana	P25	P75		Mediana	P25	P75	Mediana	P25	P75	
Idade	64,00	58,00	71,00	62,00	48,00	66,00	>0,05	63,00	58,50	69,00	67,00	43,50	71,50	>0,05
Escolaridade	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	9,00	>0,05	4,00	4,00	6,00	6,00	6,00	12,00	>0,05
BSI/IGS	0,89	0,58	1,36	0,70	0,26	1,06	>0,05	1,06	0,58	1,79	0,15	0	0,53	<0,01
BDI	10,00	4,00	24,00	6,00	0	12,00	>0,05	12,50	4,00	21,00	2,50	0	8,00	<0,01
Duração da doença (anos)	10,00	3,00	18,00				NA	11,00	6,00	16,00				
DDEL (mg/dia)	600,0	400,0	1225,0				NA	600,0	400,0	880,0				
Hoehn-Yahr														
Estadio I	22%							9,7%						
Estadio II	41%							42,3%						
Estadio III	23,8%							44,2%						
Estadio IV	3,0%							3,8%						
DBS-STN	48,4%							32,7%						
Meses após DBS-STN	25,0	6,0	48,0					20,0	5,0	30,0				
Tratamento com antidepressores	61,3%			10,3%				32,7%			0			
Tratamento com antipsicóticos	3,2%			3,4%				15,4%			0			

BSI - Breve Inventário de Sintomas BDI - Índice Depressivo de Beck; p - Significância estatística; DBS-STN – Deep brain stimulation of subthalamic nucleus; DDEL – Dose diária de equivalente de levodopa; A dose diária de equivalente de levodopa foi calculada para cada fármaco antiparkinsonico através da multiplicação da dose diária total de cada fármaco pela sua potência relativa a uma preparação padrão de Levodopa com valor de 1. Os factores de conversão usados foram os seguintes: preparações de libertação controlada de Levodopa=0.77, bromocriptina=10, apomorfina=15, ropinirol=20, pramipexol=60, e pergolide=100; NA – não aplicável

A mediana do BDI foi de 10,00 (percentil 25 – 4,00; percentil 75 – 24, 00). A prevalência de sintomas depressivos nas mulheres foi de 43,3% sendo que 16,7% tinham, de acordo com o instrumento utilizado, sintomas depressivos ligeiros, 3,3% sintomas depressivos moderados, 23,3% sintomas depressivos graves. Estavam medicadas com antidepressores 61,3% das doentes e com antipsicóticos 3,2%. Das mulheres com DP que estavam deprimidas 42,9% (6 em 14) estavam medicadas com antidepressores.

Tabela 5: Pontuação do BSI nas Mulheres

	Mulheres doentes			Mulheres Controlos			p
	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	
IGS	0,89	0,58	1,36	0,70	0,26	1,06	>0,05
Somatização	1,29	0,57	1,86	0,71	0,29	1,29	>0,05
Depressão	1,33	0,67	2,00	0,67	0,17	1,33	>0,05
Hostilidade	0,80	0,40	1,00	0,80	0	1,40	>0,05
Ansiedade	1,33	0,67	1,67	0,83	0,33	1,67	>0,05
Ans-fóbica	0,80	0,20	1,60	0,20	0	0,80	<0,05
Psicoticismo	0,80	0	1,40	0,40	0	0,80	>0,05
Paranóia	0,4	0,2	1,0	0,40	0	1,20	>0,05
Obs-Comp	1,50	0,83	1,83	0,50	0,33	1,50	<0,05
Sens-Inter	0,75	0,25	1,25	0	0	0,50	<0,05

p- significância estatística

A mediana para o IFSF foi de 31,0 (percentil 25 – 10,0; percentil 75 – 49,0) (tabela 6). A mediana para o domínio desejo foi de 2,0 (percentil 25 – 2,0; percentil 75 – 4,0), para o de excitação 4,0 (percentil 25 - 0; percentil 75 – 8,0), para o de lubrificação 4,0 (percentil 25 – 0; percentil 75 –11,0) para o de orgasmo 5,0 (percentil 25 - 0; percentil 75 -9,0) para o de satisfação 9,0 (percentil 25 – 6,0; percentil 75 – 10,0) e para o de desconforto/dor, foi de 6,0 (percentil 25 – 0; percentil 75 – 9,0).

Tabela 6: Pontuações do IFSF nos casos e controlos

	Caso			Controlo			p
	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	
IFSF	31,00	10,00	49,00	12,00	9,00	62,00	0,87
Desejo	2,00	2,00	4,00	5,00	2,00	6,00	<0,01
Excitação	4,00	0	8,00	0	0	15,00	0,55
Lubrificação	4,00	0	11,00	0	0	13,00	0,68
Orgasmo	5,00	0	9,00	3,00	,00	9,00	0,99
Satisfação	9,00	6,00	10,00	6,00	4,00	10,00	0,18
Dor	6,00	0	9,00	0	0	9,00	0,61

p- significância estatística

A mediana das idades para os homens foi de 63 anos (percentil 25 - 58,5; percentil 75 - 69) (tabela 4). Dos homens 96,2% eram casados, todos eram católicos, 23,1 % estavam reformados, 42,3% tinham uma profissão do sector primário, 34,6% tinham uma profissão do sector terciário. A mediana para a escolaridade foi de 4,0 anos (percentil 25 - 4,0; percentil 75 - 6,0). A presença de comorbilidades médicas verificou-se em 3 doentes (um caso de epilepsia, um caso de neoplasia da bexiga e um caso de hipertensão arterial). No que se refere ao estadiamento HY 9,7% dos doentes estavam no estágio I, 42,3% no estadio II, 44,2% no estadio III, e 3,8% no estadio IV. A duração da doença teve uma mediana de 11 (percentil 25 - 6,0; percentil 75 - 16,0). Todos estavam com tratamento farmacológico dopaminérgico, numa dose, equivalente de levodopa com a mediana de 600,0 (percentil 25 - 400,0; percentil 75 - 880,0); 17 dos doentes (32,7%) tinham sido sujeitos a DBS-STN.

A mediana para o IGS foi de 1,06 (percentil 25 - 0,58; percentil 75 - 1,79) (tabela 7). A mediana para o índice de somatização foi de 1,00 (percentil 25 - 0,36; percentil 75 - 1,71), para o de depressão 1,17 (percentil 25 - 0,50; percentil 75 - 2,17), para o de hostilidade 0,80 (percentil 25 - 0,40; percentil 75 - 1,40), para o de ansiedade 1,00 (percentil 25 - 0,67; percentil 75 - 1,83), para o de ansiedade fóbica 0,80 (percentil 25 - 0,40; percentil 75 - 1,70), para o de psicoticismo 0,80 (percentil 25 - 0,40; percentil 75 - 1,40), para o de paranóia 1,00 (percentil 25 - 0,20; percentil 75 - 1,20), para o de comportamentos obsessivo-compulsivos 1,50 (percentil 25 - 0,83; percentil 75 - 2,42), e para o de sensibilidade interpessoal, foi de 0,50 (percentil 25 - 0; percentil 75 - 1,75).

Tabela 7: Pontuação do BSI nos homens

	Homens Doentes			Homens Controlo			p
	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	
IGS	1,06	0,58	1,79	0,15	0	0,53	<0,01
Somatização	1,00	0,36	1,71	0,14	0	0,29	<0,01
Depressão	1,17	0,50	2,17	0	0	0,33	<0,01
Hostilidade	0,80	0,40	1,40	0	0	0,80	<0,01
Ansiedade	1,00	0,67	1,83	0	0	0,33	<0,01
Ans-fóbica	0,80	0,40	1,70	0	0	0,70	<0,01
Psicoticismo	0,80	0,40	1,40	0	0	0,20	<0,01
Paranóia	1,0	0,2	1,2	0	0	1,20	<0,01
Obs-Comp	1,50	0,83	2,42	0,50	0	0,92	<0,01
Sens-Inter	0,50	0	1,75	0	0	0,50	<0,01

p- significância estatística

A mediana do BDI foi de 12,50 (percentil 25 – 4,00; percentil 75 – 21, 00). A prevalência de sintomas depressivos nos homens foi de 55,8%. Da sua totalidade 28,8% com sintomas depressivos ligeiros, 15,4% com sintomas depressivos moderados, 11,5% com sintomas depressivos graves. Estavam medicados com antidepressores 32,7% dos doentes e com antipsicóticos 15,4 % dos doentes.

Dos homens com DP que apresentava sintomas depressivos 35,7% (10 em 28) estavam medicados com antidepressores.

A mediana para o IIFE foi de 16,0 (percentil 25 – 12,0; percentil 75 – 57,0) (tabela 8). A mediana para o domínio ereção foi de 3,0 (percentil 25 – 1,0; percentil 75 – 23,0), para o de orgasmo 1,5 (percentil 25 - 0; percentil 75 – 8,0), para o de desejo 6,0 (percentil 25 – 4,0; percentil 75 – 8,0), para o de satisfação com o coito 0 (percentil 25 - 0; percentil 75 -10,5), para o de satisfação geral 4,5 (percentil 25 – 4,0; percentil 75 – 7,50).

Tabela 8: Pontuações do IIFE

	Caso			Controlo			p
	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	
IIEF	16,00	12,00	57,00	75,00	16,00	75,00	<0,01
Erecção	3,00	1,00	23,00	30,00	3,00	30,00	<0,01
Orgasmo	1,50	,00	8,00	10,00	,00	10,00	<0,01
Desejo	6,00	4,00	8,00	10,00	6,50	10,00	<0,01
Intercurso	,00	,00	10,50	15,00	,00	15,00	<0,01
Satisfação	4,50	4,00	7,50	10,00	6,00	10,00	
Global							<0,01

p- significância estatística

A prevalência de DE foi de 57,7% sendo que 34,6% apresentavam, de acordo com o instrumento utilizado, DE moderada, 23,1% DE grave. Na faixa etária dos 60-69, 72% dos doentes tinham algum grau de disfunção erétil, comparados com 44,2% na faixa etária 50-59 e 28,6% na faixa etária 40-49 (tabela 9).

Tabela 9: Prevalência de DE

	Homens	Controlos
DE	57,7%	30%
DE ligeira	1,9%	0
DE ligeiramoderada	1,9%	0
DE moderada	30,8%	30,0%
DE grave	23,1%	0

$X^2 = 14,0$; $p < 0,01$

Função sexual nos homens

A pontuação total obtida no IIFE difere significativamente entre casos e controlos (Mann Whitney U, $Z = -4,349$, $p < 0,01$). Do mesmo modo, encontramos diferenças significativas entre estes grupos, com prejuízo dos doentes, quanto à pontuação obtida no domínio erecção (Mann Whitney U, $Z = -4,582$, $p < 0,01$), orgasmo (Mann Whitney U, $Z = -3,195$, $p < 0,01$), desejo (Mann Whitney U, $Z = -4,278$, $p < 0,01$), satisfação com o coito (Mann Whitney U,

Z=-3,614, p<0,01) e no domínio satisfação global (Mann Whitney U, Z= -4,667, p<0,01) (tabela 8). Nos homens com DP 54,3% cessaram a sua actividade sexual (tabela 10).

Tabela 10. Frequência de actividade sexual nas últimas 4 semanas nos homens

Frequência	Total DP	Tratados apenas Farmacologicamente	Submetidos a DBS-STN	Controlos
0	54,3%	42,9%	81,8%	26,7%
1-2	15,7%	22,4%	-	6,7%
3-4	2,9%	4,1%	-	6,7%
5-6	2,9%	4,1%	-	13,3%
7-10	10,0%	10,2%	9,1%	-
11 ou mais	14,3%	16,3%	9,1%	46,7

Na análise de regressão linear foram factores preditivos para o IIFE a duração da doença e a idade (Adjusted R square = 0,43; p<0.01).

Função sexual nas mulheres

Quer os casos quer os controlos têm pontuações reduzidas no IFSF o que aponta para um grau de funcionamento sexual reduzido. Verifica-se uma diferença estatisticamente significativa no domínio desejo entre casos e controlos com prejuízo das doentes (Mann Whitney U, Z=-3,39, p<0,01). Não existem outras diferenças significativas entre as doentes e os controlos (tabela 6).

Cessaram a actividade sexual 41,2% das mulheres com DP. Nos controlos cessaram a actividade sexual 27,8% das mulheres.

Sintomatologia depressiva

A pontuação obtida no BDI difere significativamente entre casos e controlos do sexo masculino (Mann-Whitney U, $Z=-4,27$, $p<0,001$), mas não naqueles do sexo feminino (Mann-Whitney U, $Z=-1,51$, $p=0,13$). Não encontramos diferenças significativas entre os doentes do sexo masculino e feminino na pontuação do BDI (Mann-Whitney U, $Z=-0,41$, $p=0,68$) nem entre os controlos do sexo masculino e feminino (Mann-Whitney U, $Z=-1,39$, $p=0,16$).

Os doentes do sexo masculino apresentavam uma prevalência de sintomas depressivos de 55,8%, e os do sexo feminino de 43,3%. No total dos doentes, a prevalência de sintomas depressivos, foi de 51,2%.

A prevalência de sintomas depressivos entre os controlos foi de 10% nos homens e de 27,6% nas mulheres. No total dos controlos a prevalência de sintomas depressivos foi de 17,4%.

Na comparação por categorias de gravidade de sintomas depressivos não existiam diferenças entre os doentes de ambos os sexos ($X^2=5,97$ $p=0,11$) (tabela 11).

Tabela 11: Prevalência de sintomas depressivos nos doentes com DP

	Homens	Mulheres
Sintomas depressivos	55,8%	43,3%
Ligeiros	28,8%	16,7%
Moderados	15,4%	3,3%
Graves	11,5%	23,3%

$X^2 = 6,0$; $p=0,11$

Avaliação psicopatológica

Na análise dos resultados obtidos com o BSI utilizamos o IGS (Índice Global de Sintomas) e os índices dos diferentes domínios de acordo com as instruções dos autores.

O IGS do BSI difere significativamente entre casos e controlos do sexo masculino (Mann-Whitney U, $Z = -6,01$, $p < 0,01$), bem como os domínios somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo (tabela 7).

A pontuação obtida no IGS não difere significativamente entre as doentes e os controlos do sexo feminino. Todavia, há diferenças significativas nos domínios de ansiedade fóbica, comportamentos obsessivo-compulsivos e sensibilidade interpessoal (tabela 5). Entre doentes do sexo masculino e feminino não há diferenças significativas, tendo ambos pontuações elevadas no BSI (tabela 12).

Tabela 12: Pontuação do BSI nos doentes

	Homens			Mulheres			P
	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	
IGS	1,06	0,58	1,79	0,89	0,58	1,36	>0,05
Somatização	1,00	0,36	1,71	1,29	0,57	1,86	>0,05
Depressão	1,17	0,50	2,17	1,33	0,67	2,00	>0,05
Hostilidade	0,80	0,40	1,40	0,80	0,40	1,00	>0,05
Ansiedade	1,00	0,67	1,83	1,33	0,67	1,67	>0,05
Ans-fóbica	0,80	0,40	1,70	0,80	0,20	1,60	>0,05
Psicoticismo	0,80	0,40	1,40	0,80	0	1,40	>0,05
Paranóia	1,00	0,20	1,20	0,40	0,20	1,0	>0,05
Obs-Comp	1,50	0,83	2,42	1,50	0,83	1,83	>0,05
Sens-Inter	0,50	0	1,75	0,75	0,25	1,25	>0,05

p- significância estatística

A prevalência de BSI com pontuação no IGS considerado patológico ($IGS > 0,83$) nos doentes do sexo masculino é de 69,2% e nos controlos 10,0%; nos doentes do sexo feminino foi de 61,3% e nos controlos de 48,3% ($X^2 = 24,4$; $p < 0,01$) (tabela 13).

Tabela 13: Prevalência de IGS patológico

	Casos	Controlos
Homens	69,2%	10,0%
Mulheres	61,3%	48,3%

$X^2=24,4$; $p < 0,01$

Uso de antidepressores

A utilização de antidepressores foi de 61,3% nas mulheres e de 32,7% nos homens (tabela 14).

O seu uso teve a seguinte distribuição de acordo, com a sua classe de mecanismo de acção: inibidores da recaptção da serotonina 61,8%, inibidores da recaptção da noradrenalina 5,9%, inibidores da recaptção da serotonina e da noradrenalina 29,4%, com acção dopaminérgica 2,9%.

Os homens medicados com antidepressores apresentavam pontuações significativamente inferiores no IIFE, do que os que não estavam medicados (Mann Whitney U $Z=-3,00$; $p < 0,01$), sendo os domínios da erecção e do desejo os mais afectados. No caso das mulheres que estavam medicadas com antidepressores não foram observadas diferenças no IFSF face aquelas que não estavam medicadas.

Uso de antipsicóticos

A utilização de antipsicóticos foi de 3,2% nas mulheres e de 15,4 % nos homens, no total foi de 9,7% (tabela 14).

O uso de antipsicóticos teve a seguinte distribuição: clozapina em 33,3% dos doentes, quetiapina em 66,6% dos doentes.

A utilização de antipsicóticos não produziu, tanto quanto pudemos avaliar, modificações da função sexual dos doentes.

Tabela 14: Uso de antidepressores e antipsicóticos

Doentes com DP		
	Antidepressores	Antipsicótico
Sexo feminino	61,3%	3,2%
Sexo masculino	32,7%	15,4%

Doentes submetidos a DBS-STN

O grupo de doentes submetidos a DBS-STN era composto de 32 pessoas, 15 mulheres e 17 homens (tabela15). A mediana das idades para as mulheres foi de 70 anos (percentil 25 - 61,0; percentil 75- 71,0); Todas eram casadas e católicas. Das mulheres, 80% eram reformadas, 6,7% trabalhavam no sector secundário e 13,3% no sector terciário. A mediana da escolaridade foi de 4 anos (percentil 25 - 4,0; percentil 75 - 4,0). No que se refere ao estadiamento HY, 26,7% dos doentes estavam no estadio II, 44,7% no estadio III, 26,7% no estadio IV. A duração da doença teve uma mediana de 10 anos (percentil 25 - 10,0; percentil 75- 18,0). Todas as doentes estavam com tratamento farmacológico dopaminérgico, numa dose, equivalente de dopa com a mediana de 400 (percentil 25 - 400,0; percentil 75- 600,0). O tempo decorrido após a cirurgia teve mediana 25 meses (percentil 25 - 6,0 ; percentil 75 - 48,0).

A mediana para o IGS foi de 0,89 (percentil 25 - 0,85; percentil 75- 1,36) (tabela 16). A mediana para o índice de somatização foi de 1,29 (percentil 25 - 0,57; percentil 75 - 1,86), para o de depressão 1,67 (percentil 25 - 1,33; percentil 75 - 2,17), para o de hostilidade 0,80 (percentil 25 - 0,40; percentil 75 - 1,00), para o de ansiedade 1,33 (percentil 25 - 0,83; percentil 75 - 1,67), para o de ansiedade fóbica 0,40 (percentil 25 - 0,20; percentil 75 - 1,60), para o de psicoticismo 1,20 (percentil 25 - 0,60; percentil 75 - 1,80), para o de paranóia 0,40

(percentil 25 - 0,20; percentil 75 - 1,00), para o de comportamentos obsessivos compulsivos 1,50 (percentil 25 - 0,83; percentil 75 - 1,83) e para o de sensibilidade interpessoal 0,25 (percentil 25 - 0; percentil 75 - 1,25).

A mediana do BDI foi de 12,00 (percentil 25 - 8,00; percentil 75 - 30,00).

A prevalência de sintomas depressivos nas mulheres sujeitas a cirurgia foi de 57,1%. Da sua totalidade 28,6% tinham sintomas depressivos ligeiros e 28,6% sintomas depressivos graves.

Tabela 15: Características dos doentes com DP com ou sem cirurgia

	Sem DBS-STN			Com DBS-STN			P	Sem DBS-STN			Com DBS-STN			P
	Mulheres			Mulheres				Homens			Homens			
	(n=16)			(n=15)				(n=35)			(n=17)			
	Mediana	P25	P75	Mediana	P25	P75		Mediana	P25	P75	Mediana	P25	P75	
Idade	64,00	59,00	70,00	70,0	61,00	71,00	>0,05	62,00	55,00	68,50	63,00	57,00	68,00	>0,05
Escolaridade	4,00	4,00	6,00	4,00	4,00	4,00	>0,05	4,00	4,00	9,00	4,00	4,00	6,00	>0,05
BSI/IGS	0,70	0,56	1,57	0,89	0,85	1,36	>0,05	0,94	0,53	1,79	1,26	0,89	1,79	>0,05
BDI	4,00	2,00	17,50	12,00	8,00	30,00	0,02	10,00	3,00	17,00	16,00	10,00	29,00	0,03
Duração da doença (anos)	8,00	1,00	15,50	10,00	10,00	18,00	>0,05	10,00	4,00	15,00	14,00	10,00	18,00	0,02
DDEL (mg/dia)	1025	600	1820	400	400	600	>0,05	600	300	900	640	600	880	>0,05
Hoehn-Yahr														
Estadio I		31,5%							6,2%					
Estadio II		64,3%		26,7%					56,2%		23,5%			
Estadio III		7,1%		46,7%					37,5%		64,7%			
Estadio IV				26,7%							5,9%			
Tratamento com antidepressivos	56,2%			58,8%				20,0%			11,8%			
Tratamento com antipsicóticos	0%			66,7%				17,1%			6,7%			

BSI - Breve Inventário de Sintomas BDI - Índice Depressivo de Beck; p - Significância estatística; DBS-STN – Deep brain stimulation of subthalamic nucleus; DDEL – A dose diária de equivalentes da Levodopa foi calculada para cada fármaco antiparkinsonico através da multiplicação da dose diária total de cada fármaco pela sua potência relativa a uma preparação padrão de Levodopa com valor de 1. Os factores de conversão usados foram os seguintes: preparações de libertação controlada de Levodopa=0.77, bromocriptina=10, apomorphina=15, ropinirol=20, pramipexol=60, e pergolide=100.

Estavam medicadas com antidepressores 66,7% das doentes e com antipsicóticos 6,7%.

Das mulheres submetidas a cirurgia, que estavam deprimidas 66,6% (6 em 9) estavam medicadas com antidepressores.

A mediana para o IFSF foi de 27,0 (percentil 25 - 11,0; percentil 75 - 44,0) (tabela 17). A mediana para o domínio desejo foi de 2,0 (percentil 25 - 0; percentil 75 - 2,0), para o de excitação 4,0 (percentil 25 - 0; percentil 75 - 6,0), para o de lubrificação 4,0 (percentil 25 - 0; percentil 75- 11,0), para o de orgasmo 5,0 (percentil 25 - 0; percentil 75- 5,0), para o de satisfação 9,0 (percentil 25 - 9,0; percentil 75 - 10,0) e para o de dor 5,0 (percentil 25 - 0; percentil 75 - 7,0).

Tabela 16: Pontuação do BSI nos doentes com DP com e sem cirurgia

	Sem DBS-STN			Com DBS-STN			P	Sem DBS-STN			Com DBS-STN			P
	Mulheres (n=16)			Mulheres (n=15)				Homens (n=35)			Homens (n=17)			
	Mediana	P25	P75	Mediana	P25	P75		Mediana	P25	P75	Mediana	P25	P75	
IGS	0,70	0,56	1,57	0,89	0,85	1,36	>0,05	0,94	0,53	1,79	1,26	0,89	1,79	>0,05
Somatização	0,71	0,50	1,72	1,29	0,57	1,86	>0,05	1,00	0,43	1,71	0,86	0,29	1,43	>0,05
Depressão	1,00	0	1,67	1,67	1,33	2,17	0,05	1,00	0,33	2,00	1,67	1,17	2,50	>0,05
Hostilidade	0,40	0,30	1,10	0,80	0,40	1,00	>0,05	0,80	0,40	1,40	0,60	0,40	1,20	>0,05
Ansiedade	0,83	0,58	1,58	1,33	0,83	1,67	>0,05	1,00	0,50	1,83	1,50	0,83	1,83	>0,05
Ansiedade Fóbica	0,80	0	1,50	0,40	0,20	1,60	>0,05	0,80	0,40	1,20	1,60	0,80	2,00	>0,05
Psicoticismo	0,20	0	1,00	1,20	0,60	1,80	>0,01	0,80	0,40	1,40	0,80	0,60	1,40	>0,05
Ideação Paranoide	0,50	0,20	1,10	0,40	0,20	1,00	>0,05	1,00	0,20	1,20	1,00	0,20	1,20	>0,05
Comp. Obs-Comp	1,33	0,50	1,67	1,50	0,83	1,83	>0,05	1,17	0,67	2,17	2,00	1,50	2,67	>0,05
Sens. Interpessoal	0,75	0,50	1,25	0,25	0	1,25	>0,05	0,50	0	2,00	1,00	0,25	1,75	>0,05

p – significância estatística

Tabela 17: Pontuação do IFSF nas doentes com DP com e sem cirurgia

	Sem DBS-STN			Com DBS-STN			p
	Mediana	P25	P 75	Mediana	P25	P 75	
IFSF	38,00	9,50	54,00	27,00	11,00	44,00	0,19
Desejo	2,00	2,00	4,50	2,00	0	2,00	0,44
Excitação	6,50	0	12,50	4,00	0	6,00	0,88
Lubrificação	5,50	0	11,50	4,00	0	11,00	0,82
Orgasmo	6,00	0	9,00	5,00	0	5,00	0,20
Satisfação	7,50	6,00	9,50	9,00	9,00	10,00	0,88
Dor	6,00	0	10,50	5,00	0	7,00	0,83

p- significância estatística

A mediana das idades para os homens submetidos a DBS-STN foi de 63 anos (percentil 25 – 57,0; percentil 75 – 68,0) (tabela 15). Dos homens 96,2% eram casados, todos eram católicos, 50,0 % estavam reformados, 25,0% tinham uma profissão do sector primário, 25,0% tinham uma profissão do sector terciário. A mediana para a escolaridade foi de 4 anos (percentil 25 – 4,0; percentil 75 - 6,0). No que se refere ao estadiamento HY, 9,7% dos doentes estavam no estadio I, 42,3% no estadio II, 44,2% no estadio III, e 3,8% no estadio IV. A duração da doença teve uma mediana de 14 (percentil 25 – 10,0; percentil 75 – 18,0). Todos estavam com tratamento farmacológico dopaminérgico, numa dose, equivalente de dopa com a mediana de 640 (percentil 25 - 600,0; percentil 75 - 880,0). O tempo decorrido após a cirurgia teve uma mediana de 20 meses (percentil 25 - 5,0; percentil 75 - 30,0).

A mediana para o IGS foi de 1,26 (percentil 25 - 0,89; percentil 75 - 1,79) (tabela 16). A mediana para o índice de somatização foi de 0,86 (percentil 25 - 0,29; percentil 75 - 1,43), para o de depressão 1,67 (percentil 25 - 1,17; percentil 75 – 2,50), para o de hostilidade 0,60 (percentil 25 - 0,40; percentil 75 - 1,20), para o de ansiedade 1,50 (percentil 25 - 0,83; percentil 75 - 1,83), para o de ansiedade fóbica de 1,60 (percentil 25 - 0,80; percentil 75 - 2,00), para o de psicoticismo 0,80 (percentil 25 - 0,60; percentil 75 - 1,40), para o de paranóia 1,00 (percentil 25 - 0,20; percentil 75 - 1,20), para o de comportamentos obsessivos compulsivos 2,00 (percentil 25 - 1,50; percentil 75 – 2,67) e para o de sensibilidade interpessoal 1,00 (percentil 25 - 0,25; percentil 75 - 1,75).

Tabela 18: Pontuação do IIFE nos doentes com DP com e sem cirurgia

	Sem DBS-STN			Com DBS-STN			p
	Mediana	P 25	P 75	Mediana	P 25	P 75	
IIEF	35,00	13,00	60,00	12,00	5,00	16,00	0,008
Erecção	15,00	2,00	26,00	1,00	0	2,00	0,005
Orgasmo	3,00	0	10,00	0	0	1,00	0,03
Desejo	6,00	5,00	8,00	5,00	2,00	7,00	0,22
Intercurso	6,00	0	11,00	0	0	0	0,02
Satisfação	6,00	4,00	8,00	4,00	2,00	6,00	0,11

p – significância estatística

A mediana do BDI foi de 16,0 (percentil 25 – 10,00; percentil 75 – 29,00).

A prevalência de sintomas depressivos, nos homens submetidos a cirurgia, foi de 70,6%. Da sua totalidade 29,4% não tinham sintomas depressivos, 29,4% tinham sintomas depressivos ligeiros, 17,6% sintomas depressivos moderados e 23,5% sintomas depressivos graves.

Estavam medicados com antidepressores 58,8% dos doentes e com antipsicóticos 11,8%.

Dos homens submetidos a cirurgia que apresentavam sintomas depressivos 50% (6 em 12) estavam medicados com antidepressores.

A mediana para o IIFE foi de 12,0 (percentil 25 - 5,0; percentil 75 - 16,0) (tabela 18). A mediana para o domínio erecção foi de 1,0 (percentil 25 - 0; percentil 75 - 2,0), para o de orgasmo 0 (percentil 25 - 0; percentil 75 - 1,0), para o de desejo 5,0 (percentil 25 - 2,0; percentil 75 - 7,0), para o de satisfação 0 (percentil 25 - 0; percentil 75 - 0) e para o de satisfação global, foi de 4,0 (percentil 25 - 2,0; percentil 75 - 6,0).

Nos doentes submetidos a cirurgia a prevalência de DE foi de 82,4%, sendo que 35,3% apresentavam DE moderada e 47,1% apresentavam DE grave (tabela 19).

Tabela 19: Prevalência de DE nos doentes com DP com e sem cirurgia

	Homens com cirurgia	Homens sem cirurgia
DE	82,4%	48,6%
Ligeira	0	5,8%
Moderada	35,3%	28,6%
Grave	47,1%	11,4%

$X^2=11,1$; $p=0,02$

Doentes tratados apenas farmacologicamente

O grupo de doentes apenas tratados farmacologicamente era composto por 51 pessoas, 16 mulheres e 35 homens (tabela 15).

A mediana das idades para as mulheres foi de 64 anos (percentil 25 - 59,0; percentil 75- 70,0); Todas eram casadas, católicas. Das mulheres 87,5 % eram reformadas e 12,5% trabalhavam no sector terciário. A mediana a escolaridade foi de 4 anos (percentil 25 - 4,0; percentil 75- 6,0). No que se refere ao estadiamento HY, 31,5 % dos doentes estavam no estadio I, 64,3% no estadio II, 7,1% no estadio III. A duração da doença teve uma mediana de 8 anos (percentil 25 - 1,0; percentil 75- 15,5). Todas as doentes estavam com tratamento farmacológico dopaminérgico, numa dose, equivalente de dopa com a mediana de 1025 (percentil 25 - 600; percentil 75 - 1820). A presença de comorbilidades médicas verificou-se em 3 doentes (duas com hipertensão arterial e uma com diabetes *mellitus*).

A mediana para o IGS foi de 0,70 (percentil 25 - 0,56; percentil 75- 1,57) (tabela 16). A mediana para o índice de somatização foi de 0,71 (percentil 25 - 0,50; percentil 75- 1,72), para o de depressão 1,0 (percentil 25 - 0; percentil 75 - 1,67), para o de hostilidade 0,40 (percentil 25 - 0,30; percentil 75- 1,10), para o de ansiedade 0,83 (percentil 25 - 0,58; percentil 75 - 1,58), para o de ansiedade fóbica 0,80 (percentil 25 - 0; percentil 75- 1,50), para o de psicoticismo 0,20 (percentil 25 - 0; percentil 75- 1,00), para o de paranóia 0,50 (percentil 25 - 0,20; percentil 75- 1,10), para o de comportamentos obsessivos compulsivos 1,33 (percentil 25 - 0,50; percentil 75- 1,67) e para o de sensibilidade interpessoal, foi de 0,75 (percentil 25 - 0,50; percentil 75- 1,67).

A mediana do BDI foi de 4,00 (percentil 25 - 2,00; percentil 75 - 17,5).

A prevalência de sintomas depressivos nas mulheres sujeitas a cirurgia foi de 31,2%. Das mulheres 6,2% tinham sintomas depressivos ligeiros, 6,2% sintomas depressivos moderados e 18,8% sintomas depressivos graves (tabela 20).

Estavam medicadas com antidepressores 56,2% das doentes e nenhuma com antipsicóticos.

Das mulheres tratadas apenas farmacologicamente, que apresentavam sintomas depressivos, 20% (1 em 5) estavam medicadas com antidepressores.

Tabela 20: Prevalência de sintomas depressivos nos doentes com DP com e sem cirurgia

	Homens com cirurgia	Homens sem	Mulheres com cirurgia	Mulheres sem
Sintomas depressivos	70,6%	48,6%	57,1%	31,2%
Ligeiros	29,4%	28,6%	28,6%	6,2%
Moderados	17,6%	14,3%	,0%	6,2%
Graves	23,5%	5,7%	28,6%	18,8%

$X^2=5,97$ $p=0,11$

A mediana para o IFSF foi de 38,0 (percentil 25 - 9,5; percentil 75 - 54,0) (tabela 17). A mediana para o domínio desejo foi de 2,0 (percentil 25 - 2,0; percentil 75 - 4,5), para o de excitação 6,5 (percentil 25 - 0; percentil 75 - 12,5), para o de lubrificação 5,5 (percentil 25 - 0; percentil 75 - 11,5), para o de orgasmo 6,0 (percentil 25 - 0; percentil 75- 9,0), para o de satisfação 7,5 (percentil 25 - 6,0; percentil 75 - 9,5) e para o domínio dor, foi de 6,0 (percentil 25 - 0; percentil 75 - 10,5).

A mediana das idades para os homens tratados apenas farmacologicamente, foi de 62 anos (percentil 25 - 55,0; percentil 75 - 68,5) (tabela 15). Dos homens 92,2% eram casados, todos eram católicos, 43,1% estavam reformados, 25,5% tinham uma profissão do sector primário, 31,4% tinham uma profissão do sector terciário. A mediana para a

escolaridade foi de 4 anos (percentil 25 - 4,0; percentil 75- 9,0). A presença de comorbidades médicas verificou-se em 3 doentes (um caso de epilepsia, um caso de neoplasia da bexiga e um caso de hipertensão arterial).

No que se refere ao estadiamento HY, 6,2% dos doentes estavam no estadio I, 56,2% no estadio II, 37,5% no estadio III. A duração da doença teve uma mediana de 10 (percentil 25 - 4,0; percentil 75 - 15,0). Todos estavam com tratamento farmacológico dopaminérgico, numa dose, equivalente de dopa com a mediana de 600 (percentil 25 - 300,0; percentil 75 - 900,0).

A mediana para o IGS foi de 0,94 (percentil 25 - 0,53; percentil 75- 1,79) (tabela 16). A mediana para o índice de somatização foi de 1,00 (percentil 25 - 0,43; percentil 75- 1,71), para o de depressão 1,00 (percentil 25 - 0,33; percentil 75 - 2,00), para o de hostilidade 0,80 (percentil 25 - 0,40; percentil 75- 1,40), para o de ansiedade 1,00 (percentil 25 - 0,50; percentil 75 - 1,83), para o de ansiedade fóbica 0,80 (percentil 25 - 0,40; percentil 75- 1,20), para o de psicoticismo 0,80 (percentil 25 - 0,40; percentil 75- 1,40), para o de paranóia 1,00 (percentil 25 - 0,20; percentil 75- 1,20), para o de comportamentos obsessivos compulsivos 1,17 (percentil 25 - 0,67; percentil 75 - 2,17) e para o de sensibilidade interpessoal 0,50 (percentil 25 - 0; percentil 75 - 2,00).

A mediana do BDI foi de 10,0 (percentil 25 - 3,00; percentil 75 - 17,00).

A prevalência de sintomas depressivos nos homens apenas tratados farmacologicamente foi de 48,6%. Da sua totalidade 28,6% tinham sintomas depressivos ligeiros, 14,3% sintomas depressivos moderados e 5,7% sintomas depressivos graves (tabela 20).

Estavam medicados com antidepressores 58,8% dos doentes e com antipsicóticos 11,8%.

Dos homens apenas tratados farmacologicamente que apresentavam sintomas depressivos 31,3% (5 em 16) estavam medicados com antidepressores.

A mediana para o IIFE foi de 35,0 (percentil 25 - 13,0; percentil 75 - 60,0) (tabela 18). A mediana para o domínio erecção foi de 15,0 (percentil 25 - 2,0; percentil 75 - 26,0), para o de orgasmo 3 (percentil 25 - 0; percentil 75 - 10,0), para o de desejo 6,0 (percentil 25 - 5,0; percentil 75 - 8,0), para o de satisfação com o coito 6,0 (percentil 25

- 0; percentil 75- 11,0) e para o de satisfação global, foi de 6,0 (percentil 25 - 4,0; percentil 75- 8,0).

A prevalência de DE foi de 45,7% para os homens apenas tratados farmacologicamente.

Dos doentes apenas tratados farmacologicamente 5,8% apresentavam DE ligeira, 28,6% DE moderada, 11,4% DE grave (tabela 19).

Comparação dos doentes apenas tratados farmacologicamente com aqueles submetidos a DBS-STN

Função sexual nos homens

A pontuação total obtida no IIFE difere significativamente entre doentes tratados apenas farmacologicamente e os submetidos a cirurgia (Mann Whitney U, $Z = -2,63$, $p < 0,01$). Do mesmo modo a pontuação obtida nos domínios erecção, orgasmo e satisfação com o coito difere significativamente entre doentes tratados apenas farmacologicamente e os submetidos a cirurgia. A pontuação obtida nos domínios desejo e satisfação global não difere significativamente entre doentes tratados apenas farmacologicamente e os submetidos a cirurgia (tabela 18).

A prevalência de DE foi de 45,7% para os homens apenas tratados farmacologicamente. Dos doentes apenas tratados farmacologicamente 5,8% apresentavam DE ligeira, 28,6% DE moderada, 11,4% DE grave.

Nos doentes submetidos a cirurgia a prevalência de DE foi de 82,4%, sendo que 35,3% apresentavam DE moderada, 47,1% DE grave (tabela 19).

Assim, os doentes submetidos a cirurgia apresentam uma estimativa de risco (OR) de terem DE 1,8 (IC=1,18;2,75) vezes superior aos doentes não submetidos.

Função sexual nas mulheres

Não existem diferenças entre as doentes tratadas apenas farmacologicamente e as submetidas a cirurgia na pontuação do IFSF, tendo ambas pontuações reduzidas nos diferentes domínios (tabela 17).

Sintomatologia depressiva

A pontuação obtida no BDI difere significativamente entre doentes do sexo feminino tratadas apenas farmacologicamente e os submetidos a cirurgia (Mann-Whitney U, $Z=-2,21$ $p=0,02$).

A pontuação obtida no BDI difere significativamente entre doentes do sexo masculino tratados apenas farmacologicamente e os submetidos a cirurgia (Mann-Whitney U, $Z=-1,80$, $p=0,03$).

Não há diferenças significativas entre os doentes do sexo masculino e feminino na pontuação do BDI.

Os doentes do sexo masculino tratados farmacologicamente têm uma prevalência de sintomas depressivos de 48,6%, e os do sexo feminino de 31,2%. Os doentes do sexo masculino submetidos a cirurgia têm uma prevalência de sintomas depressivos de 70,6%, e os do sexo feminino de 47,1% (tabela 20).

Na comparação por categorias de gravidade de sintomas depressivos dos doentes apenas tratados farmacologicamente e os doentes submetidos a cirurgia não existem diferenças entre os doentes ($X^2=5,97$ $p=0,11$).

Os doentes do sexo masculino submetidos a cirurgia apresentam uma estimativa de risco (OR) de terem sintomas depressivos 1,45 (IC=0,92; 2,29) vezes superior aos doentes não submetidos.

As doentes do sexo feminino submetidos a cirurgia apresentam uma estimativa de risco (OR) de terem sintomas depressivos 1,92 (IC=0,83; 4,43) vezes superior às doentes não submetidas.

Avaliação psicopatológica

O IGS do BSI não difere significativamente entre os doentes tratados farmacologicamente e os submetidos a cirurgia. No entanto, existe uma diferença significativa no índice de depressão entre mulheres submetidas ou não a cirurgia (Mann Whitney U, $Z = -4,65$, $p < 0,01$).

A prevalência de BSI com pontuação no IGS considerado patológico ($IGS > 0,83$) nos doentes do sexo masculino tratados farmacologicamente é de 62,9% e nos submetidos a cirurgia é de 82,4%, no caso das mulheres tratadas farmacologicamente é de 43,8% e as submetidas a cirurgia é de 80,0%. Portanto, se de facto não existem diferenças entre a pontuação total do IGS, quando categorizamos esta variável, observamos que existe um maior número de doentes com IGS considerado patológico no caso dos doentes submetidos a cirurgia ($X^2 = 5,23$ $p = 0,02$) (tabela 21).

Os doentes do sexo masculino submetidos a cirurgia apresentam uma estimativa de risco (OR) de terem IGS considerado patológico 1,31 (IC=0,93; 1,83) vezes superior aos doentes não submetidos.

Os doentes do sexo feminino submetidos a cirurgia apresentam uma estimativa de risco (OR) de terem IGS considerado patológico 1,83 (IC=0,99; 3,37) vezes superior às doentes não submetidas.

Tabela 21: Prevalência de IGS patológico nos doentes com e sem cirurgia

	Sem DBS-STN	Com DBS-STN
Homens	62,9%	82,4%
Mulheres	43,8%	80,0%

$X^2 = 5,23$; $p = 0,02$

Discussão

Neste estudo foram observadas diferenças no funcionamento sexual e na psicopatologia dos doentes com DP, face aos controlos.

De um modo geral podemos dizer que os homens com DP têm uma maior probabilidade de terem a sua função sexual comprometida, nomeadamente de sofrerem de disfunção eréctil, e de estarem deprimidos.

O facto dos homens com DP terem um pior funcionamento sexual está de acordo com os achados de outros autores (2, 5, 13, 17, 56, 57).

Koller *et al.* descreveram uma perda do interesse sexual e uma deterioração da função sexual nos doentes com DP (2). Bronner *et al.* investigaram a função sexual actual e pré-mórbida de doentes com DP de ambos os sexos. As mulheres apresentavam diminuição do desejo sexual (46,9%), dificuldades de excitação (87,5%), dificuldades em atingir o orgasmo (75,0%) e insatisfação sexual (37,5%). Os homens apresentavam DE(64,8%), insatisfação sexual (65,1%), ejaculação prematura (40,6%) e dificuldades em atingir o orgasmo (39,5%). O funcionamento sexual pré-mórbido contribui para o cessar da actividade sexual durante o progredir da doença em 23,3% dos homens e 21,9% das mulheres (5). Moore *et al.* estudaram a qualidade da vida sexual nos doentes com DP tendo concluído que esta diminui com a idade e com a progressão da doença (13). Beier *et al.* observaram que logo após o diagnóstico de DP a comunicação entre o casal, nomeadamente a expressão de sentimentos e o toque íntimo, diminui, muito embora o desejo de intimidade se mantenha (17). Lucon *et al.* encontraram uma prevalência de DE de 53% nos doentes com DP. Na comparação com o grupo de controlo os domínios do IIFE que diferiam de modo significativo eram a função eréctil, a função orgásmica e a satisfação com o relacionamento sexual (56). Basson descreveu as principais dificuldades sexuais experienciadas pelos doentes com DP, relacionando-as com aspectos específicos da doença (57).

Devido à DP, 41.9% dos homens e 28.2% das mulheres cessam a sua actividade sexual, verificando-se uma insatisfação geral com a vida sexual (65.1% dos homens e 37.5% das mulheres) e uma elevada prevalência de disfunção sexual (5).

Na nossa amostra 54,3% dos homens com DP cessaram a sua actividade sexual, sendo este número superior quando considerámos os doentes submetidos a DBS-STN (81,8%).

No caso das mulheres verifica-se que cessaram a sua actividade sexual 41,2% das mulheres com DP, sendo este número também superior quando considerámos as doentes submetidas a DBS-STN (50,0%).

Na análise de regressão linear os factores preditivos para a deterioração da função sexual foram a duração da doença e a idade. Observa-se uma deterioração da vida sexual à medida que a aumenta a duração da doença. O facto de a duração influenciar negativamente a função sexual é apoiado pelos resultados de outros autores (18, 53). De acordo com Jacobs *et al* e com Mott *et al*. a duração da doença tem um efeito deletério sobre a função eréctil (54). O facto de uma maior duração de doença se associar com uma maior limitação na vida sexual talvez se possa explicar pela presença de uma maior sintomatologia motora e não motora da DP.

Nesta amostra, a idade tem uma influência inferior à da duração da doença, sendo que, para a mesma idade, o facto de existir DP com maior duração condiciona uma maior alteração da função sexual.

O principal factor preditivo para a presença de disfunção sexual na população em geral é a idade (40). De acordo com o descrito na literatura, a idade tem um efeito deletério sobre a na função sexual, sendo que a gravidade da DE aumenta com a idade.

Poderíamos perguntar se a presença de disfunção sexual é uma manifestação não-motora da DP. Esta questão foi respondida por Lipe *et al*. tendo concluído que a disfunção sexual acompanha a DP mas não é específica desta.

Lipe *et al*. verificaram que existia uma igual deterioração do funcionamento sexual em homens casados com DP e em homens com artrite crónica com o aumento da idade, da gravidade da doença e com a presença de depressão, sugerindo assim que a DP não condiciona uma maior agravamento da função sexual do que outras doenças crónicas que não envolvam o sistema nervoso central (1). No entanto, Gao *et al*. sugerem que a DE precede o desenvolvimento da DP. Os homens com DE têm um risco 3,8 superior de desenvolverem DP (58).

Não foi possível determinar nenhum efeito do nível educacional sobre a função erétil, uma vez que toda a amostra apresentava um nível semelhante de escolaridade.

Segundo Castelli *et al.* (61) a realização de DBS-STN tem um efeito positivo sobre a sexualidade dos doentes do sexo masculino. No nosso estudo, no que se refere ao efeito da DBS-STN sobre a função sexual, não pudemos confirmar este efeito, uma vez que se trata de um estudo observacional transversal.

As mulheres têm mais disfunções sexuais do que os homens, na população geral (61). Na realidade, cerca de 50% das mulheres na menopausa terão um problema sexual (67).

O impacto da DP é maior na sexualidade dos homens do que nas mulheres. Nas mulheres com DP a deterioração da vida sexual é estimada em 78,1% das mulheres (5).

No presente estudo as doentes não se distinguiram dos controlos, sendo que ambas têm pontuações reduzidas no IFSF, o que nos permite dizer que ambos os grupos têm problemas sexuais. Todas as mulheres exprimiram problemas relacionados com o desejo, a excitação e o orgasmo. Não se verificou todavia, o aumento de dor ou a insatisfação com a vida sexual. Na pergunta do IFSF que se refere à satisfação com a vida sexual, a resposta mais frequente foi “moderadamente satisfeita”. Assim, será de supor existência de factores, por exemplo, factores culturais, que não permitam que as mulheres expressem os seus problemas sexuais. Por outro lado, estas mulheres podem ter, de base, uma reduzida capacidade de compreensão e conhecimento da sua vida sexual, o que contribuiria para um nível reduzido de funcionamento sexual pré-mórbido.

Bronner *et al.* observaram nas mulheres com DP uma diminuição do desejo sexual (46,9%), dificuldades de excitação (87,5%), dificuldades em atingir o orgasmo (75,0%) e insatisfação sexual (37,5%) (5).

Welsh *et al.* descreveram a função sexual das mulheres com DP usando o *Brief Index of Sexual Functioning in Women*. As mulheres com DP tinham uma menor satisfação com o seu relacionamento sexual face aos controlos. Tinham, igualmente, mais ansiedade, apresentavam perdas de urina frequentes e alterações na firmeza das paredes vaginais (12).

O efeito negativo descrito na literatura dos antipsicóticos sobre a função sexual de ambos os sexos não foi possível ser evidenciado neste estudo. O efeito negativo dos

antidepressores foi evidenciado no caso dos homens mas não nas mulheres. Os homens medicados com antidepressores apresentavam pontuações significativamente menores no IIFE do que os que não estavam medicados, sendo os domínios da erecção e do desejo os mais afectados. No caso das mulheres não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Para explicar este facto sugerimos que talvez exista um agravamento da função sexual prévio à administração destes fármacos.

Por outro lado, o uso da terapêutica antiparkinsoniana não evidenciou um efeito positivo no funcionamento sexual. É de referir que existiram três casos de doentes jovens (dois doentes do sexo masculino e um do sexo feminino) com aumento do desejo, da frequência sexual e com dificuldade em atingir o orgasmo. Estes doentes estavam medicados com ropinirol em dose superior a 20 mg e em dois casos existia a associação com selegilina. Neste estudo, não foi utilizado nenhum instrumento específico para detectar formas de hipersexualidade, tendo estes casos sido relatados espontaneamente pelos doentes.

Neste estudo, não foram avaliados os aspectos relacionados com a imagem corporal, e o com relacionamento do casal que podem contribuir de modo significativo para a deterioração da função sexual.

A prevalência de depressão nos doentes com DP é estimada em 62% (103). Neste estudo essa prevalência foi de 51,2% no total dos doentes, sendo que, no caso dos doentes do sexo masculino a prevalência de depressão foi de 55,8%, e nos do sexo feminino de 43,3%.

A prevalência de psicose, determinada tendo em consideração a prescrição de antipsicóticos foi de 9,7%. O facto de não ter sido usado nenhum instrumento para a determinação de psicose na DP faz supor que esta prevalência esteja subestimada. De acordo com Fenelon *et al.* a prevalência de psicose na DP pode atingir 50% (111).

Quando observamos a frequência de prescrição de psicofármacos nestes doentes verificamos que as mulheres com DP tiveram uma maior prescrição de antidepressores (62,3%) do que os homens (32,7%). No caso dos antipsicóticos verificou-se uma maior prescrição nos homens (15,4%) do que nas mulheres (3,2%).

Nota-se todavia que a prevalência de depressão foi superior nos homens (55,8%) do que nas mulheres (43,3%) com DP.

Podemos assim supor que as mulheres terão uma maior facilidade em expor os seus sintomas psicológicos do que os homens. Por outro lado, os próprios profissionais podem não estar sensíveis ao tipo de queixas do homem ou simplesmente não as pesquisar durante a colheita da história clínica.

É de notar que no total dos doentes com depressão 32,7% estavam medicados com fármacos antidepressores. No caso das mulheres com depressão 46,2% estavam medicadas e no caso dos homens 37,9%. Portanto, podemos sugerir que existe um défice de diagnóstico e de tratamento da depressão neste grupo particular de doentes.

Quando comparamos os doentes submetidos a DBS-STN com aqueles apenas tratados farmacologicamente verificamos que estes têm uma maior probabilidade de estarem deprimidos e de terem um maior nível de *distress* psicológico, o que é traduzido pelas pontuações mais elevadas do BDI e do BSI, respectivamente.

Observamos ainda que estes doentes tendem a ser mais idosos e a terem uma maior duração de doença. No caso dos homens estas diferenças são significativas no que se refere à duração da doença.

Assim, como corolário do que havia sido exposto, estes doentes tendo uma maior duração de doença e sendo mais idosos, também têm uma pior função sexual, que claramente se distingue dos doentes não submetidos a cirurgia.

Já no caso das mulheres, não se observa uma variação no funcionamento sexual daquelas submetidas a cirurgia e das tratadas apenas farmacologicamente.

Neste estudo existem certas limitações. A elevada proporção de pacientes que realizaram neurocirurgia, a realização do estudo num centro terciário, um nível educacional baixo, o baixo tamanho amostral (e subsequente distribuição por género) limitam a generalização dos resultados.

Não foi avaliada a presença de disfunção sexual pré-mórbida, assim como o nível de funcionamento sexual pré-mórbido. Os jovens com DP não foram avaliados de modo específico sendo a mediana de idades situada na faixa etária dos 60-70 anos. Não foram avaliados quais os aspectos da DP que mais contribuía para as disfunções sexuais. No

que se refere ao impacto na vida sexual das (os) companheiras(os) não houve uma avaliação específica. Estas limitações deverão ser ultrapassadas em estudos futuros.

Conclusões

Este estudo permite-nos concluir que existe uma elevada prevalência de problemas sexuais nos homens e mulheres com DP. No caso dos doentes do sexo masculino a deterioração da vida sexual teve como factores preditivos a duração da doença e a idade.

Estes doentes devem ser questionados sobre as suas preocupações sexuais e ser-lhes oferecido o tratamento disponível.

No que se refere à prevalência de sintomas psicológicos em geral e de depressão em particular, podemos dizer que os homens com DP têm uma maior probabilidade de estarem numa situação de depressão e de sofrimento psicológico face aos controlos saudáveis.

Quando os doentes são submetidos a DBS-STN existe um maior risco de desenvolvimento ou de agravamento de problemas sexuais no homem. Existe também uma maior probabilidade, em ambos os sexos, de um maior sofrimento psicológico e de depressão.

A colaboração de psiquiatria na observação destes doentes é assim, aconselhada quer para a avaliação psicopatológica, quer para a abordagem e tratamento dos problemas sexuais.

Referências

1. Lipe H, Longstreth WT Jr, Bird TD, Linde M. Sexual function in married men with Parkinson's disease compared to married men with arthritis. *Neurology*. 1990; 40(9):1347-9.
2. Koller WC, Vetere-Overfield B, Williamson A, Busenbark K, Nash J, Parrish D. Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Clin Neuropharmacol*. 1990; 13(5):461-3.
3. McInnes RA. Chronic illness and sexuality. *Med J Aust*. 2003; 1;179(5):263-6
4. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999; 10;281(6):537-44.
5. Bronner G, Royter V, Korczyn AD, Giladi N. Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *J Sex Marital Ther*. 2004; 30(2):95-105.
6. Nusbaum MR, Hamilton C, Lenahan P. Chronic illness and sexual functioning. *Am Fam Physician*. 2003; 15; 67(2):347-54.
7. Fugl-Meyer KS, Arrhult H, Pharmanson H, Bäckman AC, Fugl-Meyer AM, Fugl-Meyer AR. A Swedish telephone help-line for sexual problems: a 5-year survey. *J Sex Med*. 2004;1(3):278-83.
8. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*. 1994; 151(1):54-61.
9. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007 23; 357(8):762-74.
10. Rees PM, Fowler CJ, Maas CP. Sexual function in men and women with neurological disorders. *Lancet*. 2007; 10;369(9560):512-25.
11. Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L, Lees AJ. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinic-pathological study of 100 cases. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1992; 55: 181–184.
12. Welsh M, Hung L, Waters CH. Sexuality in women with Parkinson's disease. *Mov Disord*. 1997; 12(6):923-7.

13. Moore O, Gurevich T, Korczyn AD, Anca M, Shabtai H, Giladi N. Quality of sexual life in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2002; 8(4):243-6.
14. Wermuth L, Stenager E. Sexual aspects of Parkinson's disease. *Semin Neurol.* 1992; 12 (2):125 -7.
15. Mulligan T, Retchin SM, Chinchilli VM, Bettinger CB. The role of aging and chronic disease in sexual dysfunction. *J Am Geriatr Soc.* 1988; 36 (6):520-4.
16. Bronner G. Sexual dysfunction and Parkinson's disease: Dynamic and unpredictable. *Mov Disord* 2006; 21 (suppl 13): S33
17. Beier KM, Lüders M, Boxdorfer SA. Sexuality and partnership aspects of Parkinson disease. Results of an empirical study of patients and their partners. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2000; 68(12):564-75.
18. Mott S, Kenrick M, Dixon M, Bird G. Pain as a sequela of Parkinson disease. *Aust Fam Physician.* 2004; 33(8):663-4.
19. O'Sullivan JD, Hughes AJ. Apomorphine-induced penile erections in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 1998; 13(3):536-9.
20. Basson R. Sex and idiopathic Parkinson's disease. *Adv Neurol.* 2001; 86:295-300.
21. Bonierbale M, Lançon C, Tignol J. The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. *Curr Med Res Opin.* 2003; 19(2):114-24.
22. Giladi N, Treves TA, Paleacu D, Shabtai H, Orlov Y, Kandinov B, Simon ES, Korczyn AD. Risk factors for dementia, depression and psychosis in long-standing Parkinson's disease. *J Neural Transm.* 2000; 107(1):59-71.
23. Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer K. Sexual disabilities, problems, and satisfaction in 18–74 year old Swedes. *Scand. J. Sexol.* 1999; 3: 79–105.
24. Lindal E, Stefansson, JG. The lifetime prevalence of psychosexual dysfunction among 55 to 57-year-olds in Iceland. *Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol.* 1993; 28: 91–95.
25. Singer C, Weiner WJ, Sanchez-Ramos JR. Autonomic dysfunction in men with Parkinson's disease. *Eur. Neurol.* 1992; 32: 134–140.

26. Solstad K, Hertoft P. Frequency of sexual problems and sexual dysfunction in middle-aged Danish men. *Arch. Sex. Behav.* 1993; 22: 51–58.
27. Ventegodt S. Sex and the quality of life in Denmark. *Arch. Sex. Behav.* 1998; 27: 295–307.
28. Bhui K, Herriot P, Dein S, Watson JP. Asians presenting to a sex and marital therapy clinic. *Int. J. Soc. Psychiat.* 1994; 40: 194–204.
29. Catalan J, Klimes I, Bond A, Day A, Garrod A, Rizza C. The psychosocial impact of HIV infection in men with haemophilia: Controlled investigation and factors associated with psychiatric morbidity. *J. Psychosom. Res.* 1992;. 36: 409–416.
30. Ernst C, Foldenyi M, Angst J. The Zurich Study: XXI. Sexual dysfunctions and disturbances in young adults. Data of a longitudinal epidemiological study. *Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.* 1993; 243: 179–188.
31. Meyer-Bahlburg HF, Nostlinger C, Exner TM, Ehrhardt AA, Gruen RS, Lorenz G, Gorman JM, el-Sadr W, Sorrell SJ. Sexual functioning in HIVC and HIV injected drug using women. *J. Sex Marital Ther.* 1993; 19: 56–68.
32. Schiavi RC, Stimmel BB, Mandeli J, White D. Chronic alcoholism and male sexual function. *Am. J. Psychiat.* 1995; 152: 1045–1051.
33. Goldmeier D, Keane FE, Carter P, Hessman A, Harris JR, Renton A. Prevalence of sexual dysfunction in heterosexual patients attending a central London genitourinary medicine clinic. *Int. J. STD AIDS.* 1997; 8: 303–306.
34. Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet. Gynecol.* 1996; 87: 55–58.
35. Fass R, Fullerton S, Naliboff B, Hirsh T, Mayer EA. Sexual dysfunction in patients with irritable bowel syndrome and non-ulcer dyspepsia. *Digestion.* 1998; 59: 79–85.
36. Metz M, Seifert MH. Men's expectations of physicians in sexual health concerns. *J. Sex Marital Ther.* 1990; 16: 79–88.

37. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: Prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J. Pub. Health Med.* 1997; 19: 387–391.
38. Modebe O. Erectile failure among medical clinic patients. *Afr. J. Med. Med. Sci.* 1990; 19: 259– 264.
39. Zeiss AM, Davies HD, Wood M, Tinklenberg JR. The incidence and correlates of erectile problems in patients with Alzheimer’s disease. *Arch. Sex. Behav.* 1990; 19: 325 -331.
40. Teles et al. Prevalence, Severity, and Risk Factors for Erectile Dysfunction in a Representative Sample of 3,548 Portuguese Men Aged 40 to 69 Years Attending Primary Healthcare Centers: Results of the Portuguese Erectile Dysfunction Study. 2008; 5 (6): 1317-1324
41. Feldman H, Goldstein I, Hatzichristou D, Krane R, McKinlay J. Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol.* 1994; 151:54–61.
42. Panser LA, Rhodes T, Girman CG, Guess HA, Chute CG, Desterling JE, Lieber MM, Jacobsen SJ. Sexual function of men ages 40 to 79 years: The Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status among Men. *J Am Geriatr Soc.* 1995; 43:1107–11.
43. Martin-Morales A, Sanchez-Cruz JJ, Tejada IS, Rodriguez-Vela L, Jimenez-Cruz JF, Buraos- Rodriguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: Results of the epidemiologia de la disfunción eréctil masculina study. *J Urol.* 2001; 166:569–75.
44. Laumann EO, West S, Glasser D, Carson C, Rosen R, Kang JH. Prevalence and correlates of erectile dysfunction by race and ethnicity among men aged 40 or older in the United States: From the male attitudes regarding sexual health survey. *J Sex Med.* 2007; 4:57–65.
45. Ansong SK, Bell J, Jenkins P, Lewis C. Epidemiology of erectile dysfunction: A community-based study in rural New York State. *Ann Epidemiol.* 2000; 10:293–6.
46. Tengs TO, Osgood ND. The Link between smoking and impotence: Two decades of evidence. *Prev Med.* 2001; 32:447–52.

47. Rosen RC, Wing R, Schneider S, Gendrano N III. Epidemiology of erectile dysfunction: The role of medical comorbidities and lifestyle factors. *Urol Clin North Am.* 2005; 32:403–17.
48. Esposito K, Giugliano F. Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction. *Int J Impot Res.* 2005; 17:391–8.
49. Burchardt M, Burchardt T, Baer L, Kiss AJ, Pawar RV, ShaBSIgh A, de la Taille A, Hayek OR, ShaBSIgh R. Hypertension is associated with severe erectile dysfunction. *J Urol.* 2000; 164:1188–91.
50. Barrett-Connor E. Heart disease factors predict erectile dysfunction 25 years later (The Rancho Bernardo Study). *Am J Cardiol.* 2005 ;96(suppl):3M–7M.
51. Wylie K, Steward D, Seivewright N, Smith D, Walters S. Prevalence of sexual dysfunction in three psychiatric outpatient settings: A drug misuse service, an alcohol misuse service and a general adult psychiatric clinic. *Sex Relat Ther.* 2002 ;17:149–60
52. Yu M, Roane DM, Miner CR, Fleming M, Rogers JD. Dimensions of sexual dysfunction in Parkinson disease. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2004; 12(2):221-6.
53. Jacobs H, Vieregge A, Vieregge P. Sexuality in young patients with Parkinson's disease: a population based comparison with healthy controls. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2000; 69(4):550-2.
54. Sakakibara R, Shinotoh H, Uchiyama T, Sakuma M, Kashiwado M, Yoshiyama M, Hattori T. Questionnaire-based assessment of pelvic organ dysfunction in Parkinson's disease. *Auton Neurosci.* 2001; 92(1-2):76-85.
55. Lucon M, Pinto AS, Simm RF, Haddad MS, Arap S, Lucon AM, Barbosa ER. Assessment of erectile dysfunction in patients with Parkinson's disease. *Arq Neuropsiquiatr.* 2001; 59(3-A):559-62.
56. Basson R. Sexuality and Parkinson's Disease. *Parkinsonism Relat Disord* 1996; 2: 177-85.
57. Gao X, Chen H, Schwarzschild MA, Glasser DB, Logroscino G, Rimm EB, Ascherio A. Erectile function and risk of Parkinson's disease. *Am J Epidemiol.* 2007; 166(12): 1446-50.

58. Castelli L, Perozzo P, Genesia ML, Torre E, Pesare M, Cinquepalmi A, Lanotte M, Bergamasco B, Lopiano L. Sexual well being in parkinsonian patients after deep brain stimulation of the subthalamic nucleus. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004; 75(9):1260-4.
59. Kummer A, Cardoso F, Teixeira AL. Loss of libido in Parkinson's disease. *J Sex Med*. 2009 Apr;6(4):1024-31
60. Shifren J.L., Monz B.U., Russo P.A., Segreti A., Johannes C.B. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates, *Obstet Gynecol*. 2008; 112: 970–978.
61. Hatzimouratidis K., Hatzichristou D. Sexual dysfunctions: classifications and definitions, *J Sex Med*. 2007; 4:241–250.
62. Lewis R.W., Fugl-Meyer K.S, Bosch R. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction, *J Sex Med*. 2004; 1:35–39.
63. Laumann EO, Waite LJ. Sexual dysfunction among older adults: prevalence and risk factors from a nationally representative U.S. probability sample of men and women 57–85 years of age, *J Sex Med*. 2008; 5:2300–2311.
64. Cohen BL, Barboglio P, Gousse A. The impact of lower urinary tract symptoms and urinary incontinence on female sexual dysfunction using a validated instrument, *J Sex Med*. 2008; 5:1418–1423.
65. Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic, *J Sex Marital Ther*. 1993; 19:171–188
66. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships, *Arch Sex Behav*. 2003; 32:193–208.
67. Laumann EO, Nicolosi A, . Glasser DB, GSSAB Investigators' Group. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors, *Int J Impot Res*. 2005; 17:39–57.
68. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women, *J Sex Med*. 2006; 3:212–222

69. Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors, *Eur Urol.* 2005; 4:366–374.
70. Cain VS, Johannes CB, Avis NE. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN, *J Sex Res.* 2003; 40:266–276.
71. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS), *Menopause.* 2006; 13: 46–56.
72. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging, *Fertil Steril.* 2007; 87:107–112.
73. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Brock G, King R, Gingell C. Sexual activity, sexual disorders and associated help-seeking behavior among mature adults in five Anglophone countries from the Global Survey of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB), *J Sex Marital Ther.* 2006; 32: 331–342.
74. Basson R, Berman J, Burnett A. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications, *J Urol.* 2000; 163:888–893.
75. Oskay UY, Beji NK, Yalcin O. A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over, *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005; 84: 72–7.
76. Avis NE, Zhao X, Johannes CB, Ory M, Brockwell S, Greendale GA. Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN), *Menopause.* 2005; 12:385–398.
77. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Gomes FA. Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample, *J Sex Marital Ther.* 2006; 32: 173–182.
78. Berman JR, Adhikari SP, Goldstein I. Anatomy and physiology of female sexual function and dysfunction: classification, evaluation and treatment options. *Eur Urol.* 2000; 38(1):20-9.
79. Schartau E, Tolson D, Fleming V. Parkinson's disease: the effects on womanhood. *Nurs Stand.* 2003; 17(42):33-9.

80. Posen J, Moore O, Tassa DS, Ginzburg K, Drory M, Giladi N. Young women with PD: a group work experience. *Soc Work Health Care*. 2000; 32(1):77-91.
81. Derogatis LR. Sexual function and quality of life: endpoints and outcomes. *J Gend Specif Med*. 2001; 4(4):35-42.
82. Fisher WA, Rosen RC, Eardley I, Sand M, Goldstein I. Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: the female experience of men's attitudes to life events and sexuality (FEMALES) study. *J Sex Med*. 2005; 2(5):675-84.
83. Brown RG, Jahanshahi M, Quinn N, Marsden CD. Sexual function in patients with Parkinson's disease and their partners. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1990; 53(6):480-6.
84. Damiano AM, Snyder C, Strausser B, Willian MK. A review of health-related quality-of-life concepts and measures for Parkinson's disease. *Qual Life Res*. 1999; 8(3):235-43.
85. Giladi N, Weitzman N, Schreiber S, Shabtai H, Peretz C. New onset heightened interest or drive for gambling, shopping, eating or sexual activity in patients with Parkinson's disease: the role of dopamine agonist treatment and age at motor symptoms onset. *J Psychopharmacol*. 2007; 21(5):501-6.
86. Merims D, Giladi N. Dopamine dysregulation syndrome, addiction and behavioral changes in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2008; 14(4):273-80.
87. McMahon CG, Abdo C, Incrocci L, Perelman M, Rowland D, Waldinger M, Xin ZC. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med*. 2004; 1(1):58-65.
88. Valevski A, Modai I, Zbarski E, Zemishlany Z, Weizman A. Effect of amantadine on sexual dysfunction in neuroleptic-treated male schizophrenic patients. *Clin Neuropharmacol*. 1998; 21(6):355-7.
89. Michelson D, Bancroft J, Targum S, Kim Y, Tepner R. Female sexual dysfunction associated with antidepressant administration: a randomized, placebo-controlled study of pharmacologic intervention. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(2):239-43.
90. Lorrain DS, Riolo JV, Matuszewich L, Hull EM. Lateral hypothalamic serotonin inhibits nucleus accumbens dopamine: implications for sexual satiety. *J Neurosci*. 1999; 19(17):7648-52.

91. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62 Suppl 3:10-21
92. Csoka AB, Bahrack A, Mehtonen OP. Persistent sexual dysfunction after discontinuation of selective serotonin reuptake inhibitors. *J Sex Med*. 2008; 5(1):227-33.
93. Giovannoni G, O'Sullivan JD, Turner K, Manson AJ, Lees AJ. Hedonistic homeostatic dysregulation in patients with Parkinson's disease on dopamine replacement therapies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000; 68(4):423-8.
94. Lawrence AD, Evans AH, Lees AJ. Compulsive use of dopamine replacement therapy in Parkinson's disease: reward systems gone awry? *Lancet Neurol*. 2003; 2(10):595-604.
95. Uitti RJ, Tanner CM, Rajput AH, Goetz CG, Klawans HL, Thiessen B. Hypersexuality with antiparkinsonian therapy. *Clin Neuropharmacol*. 1989; 12(5):375-83.
96. Evans AH, Lees AJ. Dopamine dysregulation syndrome in Parkinson's disease. *Curr Opin Neurol*. 2004; 17(4):393-8.
97. Klos KJ, Bower JH, Josephs KA, Matsumoto JY, Ahlskog JE. Pathological hypersexuality predominantly linked to adjuvant dopamine agonist therapy in Parkinson's disease and multiple system atrophy. *Parkinsonism Relat Disord*. 2005; 11(6):381-6.
98. Harvey NS. Serial cognitive profiles in levodopa-induced hypersexuality. *Br J Psychiatry*. 1988; 153:833-6.
99. Langstrom N, Hanson RK. High rates of sexual behavior in the general population: correlates and predictors. *Arch Sex Behav*. 2006; 35(1):37-52.
100. Grabowska-Grzyb A, Nagańska E, Wolańczyk T. Hypersexuality in two patients with epilepsy treated with lamotrigine. *Epilepsy Behav*. 2006; 8(3):663-5.
101. Shapiro MA, Chang YL, Munson SK, Okun MS, Fernandez HH. Hypersexuality and paraphilia induced by selegiline in Parkinson's disease: report of 2 cases. *Parkinsonism Relat Disord*. 2006; 12(6):392-5.

102. Szarfman A, Doraiswamy PM, Topping JM, Levine JG. Association between pathologic gambling and parkinsonian therapy as detected in the Food and Drug Administration Adverse Event database. *Arch Neurol*. 2006; 63(2):299-300;
103. Reijnders JS, Ehrt U, Weber WE, Aarsland D, Leentjens AF. A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2008; 23(2):183-9
104. Menza M, Dobkin RB. Anxiety. In M Menza, L Marsh (eds) *Psychiatric issues in Parkinson's disease: A practical guide*. Abingdon: Taylor & Francis, 2006; 139-53.
105. Richard IH. Anxiety disorders in Parkinson's Disease. *Adv Neurol* 2005; 967: 42-55.
106. Shiba M, Bower JH, Maraganore DM, McDonnell SK, Peterson BJ, Ahlskog JE, Schaid DJ, Rocca WA. Anxiety disorders and depressive disorders preceding Parkinson's disease: a case-control study. *Mov Disord*. 2000; 15(4):669-77
107. O'Sullivan SS, Williams DR, Gallagher DA, Massey LA, Silveira-Moriyama L, Lees AJ. Nonmotor symptoms as presenting complaints in Parkinson's disease: a clinicopathological study. *Mov Disord*. 2008; 23(1):101-6.
108. Wielinski CL, Varpness SC, Erickson-Davis C, Paraschos AJ, Parashos SA. Sexual and Relationship Satisfaction among Persons with Young-Onset Parkinson's Disease *J Sex Med*. 2009; .
109. Schrag A, Jahanshahi M, Quinn NP. What contributes to depression in Parkinson's disease? *Psychol Med*. 2001; 31(1):65-73
110. Dunlop BW, Nemeroff CB. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(3):327-37
111. Fenelon G, Mahieux F, Huon R, Ziegler M. Hallucinations in Parkinson's disease: prevalence, phenomenology and risk factors. *Brain* 2000; 123:733-745.
112. Hely MA, Morris JG, Reid WG, Trafficante R. Sydney multicenter study of Parkinson's disease: non-Levodopa-responsive problems dominate at 15 years. *Mov Disord*. 2005; 20:190-199.
113. Marsh L. Psychosis in Parkinson's disease. *Curr Treat Options Neurol*. 2004; 6:181-189.

114. Fernandez HH, Trieschmann ME, Okun MS. Rebound psychosis: effect of discontinuation of antipsychotics in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2005; 20:104 – 105.
115. Pollak P, Tison F, Rascol O, et al. Clozapine in drug induced psychosis in Parkinson's disease: a randomised, placebo controlled study with open follow up. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004; 75 -689–695.
116. Factor SA, Feustel PJ, Friedman JH, et al. Longitudinal outcome of Parkinson's disease patients with psychosis. *Neurology.* 2003; 60: 1756–1761.
117. Aarsland D, Larsen JP, Karlsen K, Lim NG, Tandberg E. Mental symptoms in Parkinson's disease are important contributors to caregiver distress. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14:866–874.
118. Aarsland D, Larsen JP, Tandberg E, Laake K. Predictors of nursing home placement in Parkinson's disease: a population-based, prospective study. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48:938 –942.
119. Goetz CG, Stebbins GT. Mortality and hallucinations in nursing home patients with advanced Parkinson's disease. *Neurology* 1995; 45:669–671.
120. Sanchez-Ramos JR, Ortoll R, Paulson GW. Visual hallucinations associated with Parkinson disease. *Arch Neurol.* 1996; 53:1265- 1268.
121. Inzelberg R, Kipervasser S, Korczyn AD. Auditory hallucinations in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 64: 533-535.
122. Fenelon G, Mahieux F, Huon R, Ziegler M. Hallucinations in Parkinson's disease: prevalence, phenomenology and risk factors. *Brain* 2000; 123 (Part 4):733-745.
123. Graham JM, Grunewald RA, Sagar HJ. Hallucinosis in idiopathic Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1997; 63:434- 440.
124. Greene P, Cote L, Fahn S. Treatment of drug-induced psychosis in Parkinson's disease with clozapine. *Adv Neurol.* 1993; 60:703-706.
125. Barnes J, David AS. Visual hallucinations in Parkinson's disease: a review and phenomenological survey. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2001; 70:727-733.
126. Maindreville AD, Fenelon G, Mahieux F. Hallucinations in Parkinson's disease: a follow-up study. *Mov Disord.* 2005; 20:212- 217.

127. Goetz CG, Fan W, Leurgans S, Bernard B, Stebbins GT. The malignant course of “benign hallucinations” in Parkinson disease. *Arch Neurol* 2006; 63:713-716.
128. Folstein MF, Folstein S, Mc Hugh PR. Mini mental state: a practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975; 12: 189–198.
129. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, ShaBSIgh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26(2):191-208.
130. Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB, et al. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast J.* 2005; 11(6):440-7.
131. Hentschel H, Alberton D, Capp E, Goldim J, Passos E. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) for Portuguese language. *Rev. HCPA.* 2007; 27(1)
132. Pereira A, Silva M, Freitas V. Estudo Psicométrico do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF). 2009. www.psicologia.com.pt.
133. Thiel R, Thiel M, Dambros M, Riccetto C, Lopez V, Rincon ME, et al. Female sexual function before and after treatment of urinary incontinence. *Acta Urol Esp* 2006; 30 (3):315-20.
134. Tikiz C, Muezzinoglu T, Pirildar T, Taskn EO, Frat A, Tuzun C. Sexual dysfunction in female subjects with fibromyalgia. *J Urol* 2005; 174(2):620-3.
135. Rosen RC et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997; 49 (6): 822-30
136. Rosen RC et al. The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review. *Int J Impot Res.* 2002; 14 (4): 226-44
137. Cappelleri JC et al. Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International Index of Erectile Function. *Urology.* 1999; 54 (2): 346-51.
138. Day D. Ambegaonkar A, Harriot K, McDaniel A. A new tool for predicting erectile dysfunction. *Adv Ther.* 2001; 18 (3)

139. Deveci S, O'Brien K, Ahmed A, Parker M, Guhring P, Mulhall JP. Can the International Index of Erectile Function distinguish between organic and psychogenic erectile function? *BJU Int.* 2008; 102 (3): 354-356
140. Hussain IF, Brady CM, Swinn MJ, Mathias CJ, Fowler CJ. Treatment of erectile dysfunction with sildenafil citrate (Viagra) in parkinsonism due to Parkinson's disease or multiple system atrophy with observations on orthostatic hypotension. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2002; 72(5):681.
141. Pohanka M, Kanovský P, Bares M, Pulkrábek J, Rektor I. The long-lasting improvement of sexual dysfunction in patients with advanced, fluctuating Parkinson's disease induced by pergolide: evidence from the results of an open, prospective, one-year trial. *Parkinsonism Relat Disord.* 2005; 11(8):509-12.
142. Rektorova I, Balaz M, Svatova J, Zarubova K, Honig I, Dostal V, Sedlackova S, Nestrasil I, Mastik J, Bares M, Veliskova J, Dusek L. Effects of ropinirole on nonmotor symptoms of Parkinson disease: a prospective multicenter study. *Clin Neuropharmacol.* 2008; 31(5):261-6.
143. Coelho R., Martins A., Barros H. Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *Eur Psychiatry.* 2002; 17: 222-6
144. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories–IA and –II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment.* 1996; 67:588–597
145. Vaz Serra A, Pio Abreu JL. Aferição dos quadros clínicos depressivos. I – Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 1973; 623-644.
146. Vaz Serra A, Pio Abreu JL. Aferição dos quadros clínicos depressivos. II – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do “Inventário Depressivo de Beck”. *Coimbra Médica*, XX, 1973; 713-736.
147. Leentjens AF, Verhey FR, Luijckx GJ, Troost J. The validity of the Beck Depression Inventory as a screening and diagnostic instrument for depression in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2000; 15(6):1221-4.

148. Kummer A, Harsányi E, Dias FM, Cardoso F, Caramelli P, Teixeira AL. Depression impairs executive functioning in Parkinson disease patients with low educational level. *Cogn Behav Neurol*. 2009; 22(3):167-72.
149. Ehrt U, Larsen JP, Aarsland D. Pain and its relationship to depression in Parkinson disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009; 17(4):269-75.
150. Manor Y, Balas M, Giladi N, Mootanah R, Cohen JT. Anxiety, depression and swallowing disorders in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2009; 15(6):453-6.
151. Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*. 1983; 13:595–605
152. Canavarro MC. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M.R. Simões, M.M. Gonçalves, & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO
153. Anderson KE, Gruber-Baldini AL, Vaughan CG, Reich SG, Fishman PS, Weiner WJ, Shulman LM. Impact of psychogenic movement disorders versus Parkinson's on disability, quality of life, and psychopathology. *Mov Disord*. 2007; 22(15): 2204-9.

Anexos

Declaração de consentimento

A saúde sexual no doente de parkinson

Índice de funcionamento sexual feminino

Índice internacional de função erétil

Inventário depressivo de Beck

Breve inventário de sintomas

Autorização da comissão de ética do HSJ-EPE

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

A Saúde Sexual nos Doentes de Parkinson

Eu, abaixo-assinado, -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 200__

Assinatura: _____

O investigador: _____

Assinatura: _____

A Saúde Sexual no Doente de Parkinson

Informação geral

Idade ___ Sexo: M F

Estado Civil: casado(a)___, solteiro(a)___, viúvo(a)___, divorciado(a)___

Filhos: ___ Religião: católica___; outra:_____ Profissão_____

Antecedentes Médicos:

DM: S_ N_; medicado: _____ HTA: S_ N_ medicado:_____

Outro:_____

Informação sobre a doença de Parkinson

Idade de início da Doença de Parkinson: _____

Medicação habitual:

Estadiamento da doença: HY_____

Presença de perturbação autónoma:_____

ÍNDICE DE FUNCIONAMENTO SEXUAL FEMININO
(FSFI; Rosen et al., 2000 – tradução e adaptação de Pedro Nobre, 2002)

Coloque uma cruz na resposta que mais se adequa à sua situação tendo em conta as
últimas quatro semanas

1. Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

2. Como classifica o seu nível de desejo ou interesse sexual?

- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

3. Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

4. Como classifica o seu nível (grau) de excitação sexual durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

5. Qual a sua confiança em conseguir excitar-se durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Confiança muito elevada
- Confiança elevada
- Confiança moderada
- Confiança baixa
- Confiança muito baixa/nenhuma

6. Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

7. Com que frequência ficou lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

8. Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

9. Com que frequência manteve a sua lubrificação até ao fim da actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

10. Qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação até ao fim de qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

11. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

12. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais qual a dificuldade que teve para atingir o orgasmo (clímax)?

- Não tive actividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

13. Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante qualquer actividade sexual?

- Não tive actividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14. Qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a actividade sexual?

- Não tive actividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15. Qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

16. Qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

17. Com que frequência sentiu dor ou desconforto durante a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre/sempr
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

18. Com que frequência sentiu dor ou desconforto após a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre/sempr
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

19. Como classifica o seu nível de dor ou desconforto durante ou após a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

**ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉCTIL
(IIEF; Rosen et al., 1997 – tradução e adaptação de Pedro Nobre, 2002)**

Coloque uma cruz na resposta que mais se adequa à sua situação tendo em conta as **últimas quatro semanas**

1. Com que frequência foi capaz de conseguir uma erecção durante sua actividade sexual ?

- 0-Não tive actividade sexual
- 1-Quase nunca/nunca
- 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- 5-Quase sempre/sempre

2. *Quando teve erecções com estimulação sexual, qual a frequência em que estas erecções foram suficientemente rígidas para permitir a penetração ?*

- 0-Não tive relações sexuais
- 1-Quase nunca/nunca
- 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- 4-A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- 5-Quase sempre/sempre

3. Quando tentou ter relações sexuais, quantas vezes foi capaz de penetrar a sua companheira ?

- 0-Não tentei ter relações sexuais
- 1-Quase nunca/nunca
- 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- 5-Quase sempre/sempre

4. *Durante as relações sexuais, quantas vezes foi capaz de manter a sua erecção depois de ter penetrado a sua companheira ?*

- 0-Não tive relações sexuais
- 1-Quase nunca/nunca
- 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- 5-Quase sempre/sempre

5. Durante as relações sexuais, qual a dificuldade que teve para manter a sua erecção até ao fim da relação sexual ?

- 0-Não tive relações sexuais
- 1-Extrema dificuldade
- 2-Muita dificuldade
- 3-Dificuldade moderada
- 4-Ligeira dificuldade
- 5-Nenhuma dificuldade

6. Quantas vezes tentou ter relações sexuais ?

- 0-Não tentei
- 1-Uma a duas tentativas
- 2-Três a quatro tentativas
- 3-Cinco a seis tentativas
- 4-Sete a dez tentativas
- 5-Onze ou mais tentativas

7. Quando tentou ter relações sexuais, qual a frequência com que se sentiu satisfeito

- 0-Não tentei ter relações sexuais
- 1-Quase nunca/nunca
- 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- 4-A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- 5-Quase sempre/sempre

8. Qual o grau de satisfação que teve com as suas relações sexuais ?

- 0-Não tive relações sexuais
- 1-Nenhuma satisfação
- 2-Pouca satisfação
- 3-Satisfação moderada
- 4-Grande satisfação
- 5-Muito grande satisfação

9. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência ejaculou ?

- 0-Não tive estimulação/relações sexuais
- 1-Quase nunca/nunca
- 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade vezes)
- 5-Quase sempre/sempre

10. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência teve a sensação de orgasmo ou clímax ?

- 0-Não tive estimulação/relações sexuais
- 1-Quase nunca/nunca
- 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade vezes)
- 5-Quase sempre/sempre

11. Com que frequência sentiu desejo sexual ?

- 1-Quase nunca/nunca
- 2-Poucas vezes
- 3-Algumas vezes
- 4-A maior parte das vezes
- 5-Quase sempre/sempre

12. Como classifica o seu desejo sexual ?

- 1-Muito baixo/nenhum
- 2-Baixo
- 3-Moderado
- 4-Elevado
- 5-Muito elevado

13. Qual a sua satisfação com a sua vida sexual em geral ?

- 1-Grande insatisfação
- 2-Insatisfação moderada
- 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito
- 4-Satisfação moderada
- 5-Grande satisfação

14. Qual a sua satisfação com o relacionamento sexual com a sua parceira ?

- 1-Grande insatisfação
- 2-Insatisfação moderada
- 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito
- 4-Satisfação moderada
- 5-Grande satisfação

15. Qual a confiança que tem em conseguir atingir e manter uma erecção ?

- 1-Muito baixa
- 2-Baixa
- 3-Moderada
- 4-Elevada
- 5-Muito elevada

INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK
(BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)
(Tradução e adaptação Pedro Nobre, 2003)

Este questionário é composto por grupos de afirmações. Por favor leia atentamente cada grupo e escolha a afirmação que para cada grupo descreve melhor a forma como se tem vindo a sentir durante a última semana (incluindo hoje). Coloque um círculo no número correspondente à afirmação escolhida. Escolha apenas uma afirmação para cada grupo. Por favor confirme se leu todas as afirmações em cada grupo antes de responder.

0. Não me sinto triste
1. Ando “neura” ou triste
2. Sinto-me neura ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo
3. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado

0. Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro
1. Sinto-me desencorajado em relação ao futuro
2. Sinto que não tenho nada a esperar do futuro
3. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar

0. Não me sinto um fracassado
1. Sinto que tive mais fracasso que a maioria das pessoas
2. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos
3. Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher)

0. Tenho tanta satisfação com as coisas como anteriormente
1. Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam anteriormente
2. Não consigo obter verdadeira satisfação seja com o que for
3. Sinto-me descontente com tudo

0. Não me sinto culpado por nada em particular
1. Sinto grande parte do tempo que sou culpado
2. Sinto-me bastante culpado a maior parte do tempo
3. Sinto-me sempre culpado

0. Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo
1. Tenho o pressentimento que posso ser castigado
2. Penso que no futuro serei castigado
3. Sinto que estou a ser castigado

0. Não me sinto descontente ou desapontado comigo
1. Estou desiludido comigo
2. Estou bastante desgostoso comigo
3. Odeio-me

0. Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa
1. Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros
2. Estou sempre a culpar-me pelas minhas próprias faltas
3. Acuso-me por tudo de mal que acontece

0. Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim próprio
1. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não seria capaz de as concretizar
2. Gostaria de pôr termo à minha vida
3. Matar-me-ia se tivesse oportunidade

0. Actualmente não choro mais do que o costume
1. Choro agora mais do que o que costumava
2. Actualmente passo o tempo a chorar
3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo quando tenho vontade

0. Não fico agora mais irritado do que ficava
1. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que ficava
2. Sinto-me permanentemente irritado
3. Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente

0. Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas
1. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter
2. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas
3. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas

0. Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente
1. Actualmente evito tomar decisões mais frequentemente do que antes
2. Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que anteriormente
3. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão

0. Não acho que tenho pior aspecto do que costumava
1. Estou preocupado porque estou a parecer velho e pouco atraente
2. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente
3. Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo

0. Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente
1. Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar
2. Tenho de despender um grande esforço para fazer seja o que for
3. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho por mais pequeno que seja

0. Consigo dormir tão bem como dantes
1. Não durmo tão bem como costumava
2. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que é costume e custa-me voltar a adormecer
3. Acordo todos os dias várias horas mais cedo do que o costume e não consigo voltar a dormir

0. Não me sinto mais cansado do que o habitual
1. Fico cansado com mais facilidade do que antigamente
2. Fico cansado quando faço seja o que for
3. Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja

0. O meu apetite é o mesmo de sempre
1. O meu apetite não é tão bom como costumava ser
2. Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente
3. Perdi por completo todo o apetite que tinha

0. Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente
1. Perdi mais de 2,5 quilos de peso
2. Perdi mais de 5 quilos de peso
3. Perdi mais de 7,5 quilos de peso

0. A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual
1. Sinto-me preocupado com a minha saúde, com dores e sofrimento, com má disposição de estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis
2. Estou muito preocupado com a minha saúde e torna-se difícil pensar noutra coisa
3. Estou tão preocupado com a minha saúde que não consigo pensar noutra coisa

0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual
1. Tenho menos interesse pela vida sexual do que costumava ter
2. Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual
3. Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual

BREVE INVENTÁRIO DE SINTOMAS
(BSI; L. R. Derogatis, 1983)
(Tradução e Adaptação de M. C. Canavarro, 1995)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

EM QUE MEDIDA FOI AFECTADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS	Nunca	Poucas vezes	Algumas	Muitas vezes	Muitíssimas
1. Nervosismo ou tensão interior	0	1	2	3	4
2. Desmaios ou tonturas	0	1	2	3	4
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	0	1	2	3	4
5. Dificuldade em lembrar-se de coisas passadas ou recentes	0	1	2	3	4
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	0	1	2	3	4
7. Dores sobre o coração ou no peito	0	1	2	3	4
8. Medo na rua ou praças públicas	0	1	2	3	4
9. Pensamentos de acabar com a vida	0	1	2	3	4
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	0	1	2	3	4
11. Perder o apetite	0	1	2	3	4
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	0	1	2	3	4
13. Ter impulsos que não se podem controlar	0	1	2	3	4
14. Sentir-se sozinho mesmo quando se está com mais pessoas	0	1	2	3	4
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	0	1	2	3	4
16. Sentir-se sozinho	0	1	2	3	4
17. Sentir-se triste	0	1	2	3	4
18. Não ter interesse por nada	0	1	2	3	4
19. Sentir-se atemorizado	0	1	2	3	4
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus interesses	0	1	2	3	4
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	0	1	2	3	4
22. Sentir-se inferior aos outros	0	1	2	3	4
23. Vontade de vomitar ou mal estar no estômago	0	1	2	3	4
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	0	1	2	3	4
25. Dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	0	1	2	3	4
27. Dificuldade em tomar decisões	0	1	2	3	4
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	0	1	2	3	4
29. Sensação de que lhe falta o ar	0	1	2	3	4
30. Calafrios ou afrontamentos	0	1	2	3	4

EM QUE MEDIDA FOI AFECTADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS	Nunca	Poucas vezes	Algumas	Muitas vezes	Muitíssimas
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	0	1	2	3	4
32. Sensação de vazio na cabeça	0	1	2	3	4
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	0	1	2	3	4
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	0	1	2	3	4
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	0	1	2	3	4
36. Ter dificuldade em se concentrar	0	1	2	3	4
37. Falta de forças em partes do corpo	0	1	2	3	4
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	0	1	2	3	4
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	0	1	2	3	4
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	0	1	2	3	4
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	0	1	2	3	4
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	0	1	2	3	4
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	0	1	2	3	4
44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa	0	1	2	3	4
45. Ter ataques de terror ou pânico	0	1	2	3	4
46. Entrar facilmente em discussão	0	1	2	3	4
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	0	1	2	3	4
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	0	1	2	3	4
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	0	1	2	3	4
50. Sentir que não tem valor	0	1	2	3	4
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	0	1	2	3	4
52. Ter sentimentos de culpa	0	1	2	3	4
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	0	1	2	3	4

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO

Autorização da Comissão de Ética do HSJ-EPE

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Presidentes:

Dr. João Filipe Almeida

Presidente:

Dr. Carlos Manuel Vas Silva

Membros:

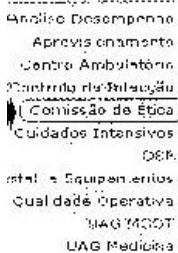
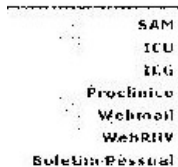
Dr. Carlos Manuel Pestana

Dr. Luísa M. João Cardoso

D. Maria Lopes Cardoso

Mestre Teresa Guerreiro

Mestre José Nuno Silva



Outros Serviços:

Administrativo:

Centro Bruto
Centro Superior

Hospital de S. João
Comissão de Ética - Piso 9
Rua da Evolução - Jardim Monteiro
451 PORTO

Telefone: 225512126
Linha Interna: 1044
Fax: 012382077

www.comissaoetica.hsjp.hp.pt

Exmo. Sr.

Dr. Jacinto Nuno da Costa Azevedo

Serviço de ~~Cardiologia~~ *Isquiémica*

ASSUNTO: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

Projecto de Investigação – “A saúde sexual dos doentes de Parkinson”

Junto envio em anexo cópia do parecer da Comissão de Ética para a Saúde sobre o referido projecto, bem como cópia da autorização do Conselho de Administração para poder dar início ao mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 6 de Outubro de 2008

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

Dr. Pedro Brito

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REUNIÃO DE		
Prof. Doutor António Ferreira		
02 OUT. 2008		
Presidente do Conselho de Administração		
Dr. Duarte Araújo	Dr. António Oliveira e Silva	Enf.ª Eulália Portela
<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
Delegado de Administração	Delegado Clínico	Delegado de Enfermagem

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Hospital de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Jacinto Nuno da Costa Azevedo

Título do projecto de Investigação: A Saúde Sexual dos Doentes de Parkinson

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Neurologia do Hospital de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Hospital de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 18 / Agosto / 2008

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

[Assinatura]

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, Jacinto Nuno da Costa Azevedo, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 18 / Agosto / 2008

Jacinto Azevedo
O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO	
emitido na reunião plenária da CES de <i>Zs. Azevedo, OP</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.</div> <i>Jacinto Azevedo</i>