

Disfunção Sexual na Doença de Parkinson

Jacinto Azevedo*, Manuel Esteves*, Maria José Rosas†, Cláudia Sousa†, Rosália Fonseca†, Miguel Gago†‡, Graça Sousa†, Paulo Linhares§, Carolina Garrett†‡; António Roma Torres||, Rui Vaz§, Rui Coelho*

*Serviço de Psiquiatria, Hospital de São João, Porto e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; †Serviço de Neurologia, Hospital de São João, Porto; ‡Serviço de Neurologia, Hospital de São João, Porto e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; §Serviço de Neurocirurgia, Hospital de São João, Porto e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; ||Serviço de Psiquiatria, Hospital de São João, Porto

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 Erétil (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

ARQUIVOS DE MEDICINA, 24(2):39-45

INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) está associada a disfunção sexual (1). No entanto, apenas uma minoria dos doentes recebe apoio para as suas preocupações sexuais (2).

Os casais em que um dos parceiros tem DP têm uma elevada prevalência de perturbações sexuais. Os profissionais de saúde devem abordar os aspectos de saúde sexual no tratamento da DP (3).

A DP associa-se a perturbações da função sexual na medida em que é uma doença que atinge vários sistemas provocando alterações motoras, autonómicas, emocionais e cognitivas. Os sintomas motores como a rigidez, o tremor, a imobilidade, a dificuldade nos movimentos finos dos dedos, podem limitar o toque íntimo necessário para a excitação sexual. A modificação da aparência,

o excesso de sudação, a sialorreia e as alterações na marcha tornam os doentes menos atraentes. Por outro lado, alguns dos fármacos antiparkinsonianos influenciam a função sexual podendo aumentar o desejo sexual (3).

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 em 65,1% dos homens e 37,5% das mulheres, e uma elevada prevalência de disfunção sexual (2).

A depressão, a ansiedade e a fadiga contribuem para a disfunção sexual (3).

Este estudo teve como objectivo avaliar a função sexual dos doentes com DP do sexo masculino e feminino e a determinação dos factores preditivos para a presença de limitações sexuais.

MÉTODOS

A amostra deste estudo foi obtida na consulta da Unidade de Doenças do Movimento do Serviço de Neurologia do Hospital de São João-EPE (HSJ-EPE).

O grupo de controlo foi ajustado para a idade e sexo. Os indivíduos com doença neurológica foram excluídos do grupo de controlo.

Um neurologista ficou responsável pelo diagnóstico e pelo estadiamento Hoehn-Yahr dos doentes (4). Os doentes estavam com tratamento farmacológico dopaminérgico avaliado na forma de dose diária equivalente de levodopa (DDEL). Os doentes com pontuações no *Mini Mental State Examination* (5) inferiores a 20 foram excluídos.

A presença de *diabetes mellitus*, hipertensão arterial e dislipidemia foi avaliada.

Para a avaliação quantitativa dos sintomas psiquiátricos foi usado o Inventário de Sintomas Breve (BSI) (6) validado para a população Portuguesa (7). Trata-se de um questionário de auto-resposta em que os sujeitos classificam o grau em que determinado sintoma os afectou durante a última semana. Este inventário avalia sintomas psicopatológicos em 9 dimensões básicas de psicopatologia (somatização; obsessão-compulsão; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide; psicoticismo). São utilizados os índices dos vários domínios e o Índice Geral de Sintomas (IGS) para a avaliação dos resultados.

Asintomatologia depressiva foi avaliada com a versão Portuguesa do Inventário de Depressão de Beck - BDI (8-10). A cotação do instrumento permite que a intensidade da sintomatologia depressiva seja categorizada: sem sintomas depressivos (0-13), sintomas depressivos leves (14-19), sintomas depressivos moderados (20-28) e sintomas depressivos graves (pontuação superior a 29).

A função sexual foi avaliada através das versões portuguesas do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) e do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF).

O IIFE é um questionário de auto-resposta composto por 15 itens, divididos em 5 categorias: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação no coito e satisfação global. Os intervalos da pontuação total permitem classificar a gravidade da Disfunção Erétil (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) (11). O IIFE foi traduzido e validado para português (12). O IFSF é uma escala de auto-resposta que permite a avaliação da função sexual em mulheres constituída por 19 itens divididos em 6 subescalas: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, desconforto/dor.

A pontuação pode variar de 4 a 95. Pontuações mais elevadas indicam um maior grau de função sexual (13). O IFSF foi traduzido e validado para português (14-15).

O protocolo do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do HSJ-EPE.

A análise das variáveis contínuas foi realizada utili-

Tabela 1 - 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 (anos)	64	58; 71	62	48; 66	>0,05	63	58; 69	67	44; 72	>0,05
Escolaridade (anos)	4	4; 4	4	4; 9	>0,05	4	4; 6	6	6; 12	>0,05
DM; HTA; Dislipidemia (%)	0; 6,7; 0		4,5; 18,2; 9,1		NA	0; 8,8; 0		0; 4,2; 0		
Duração da doença (anos)	10	3; 18			NA	11	6; 16			
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%				
Tratamento com antidepressivos	61,3%		10,3%			32,7%		0,0%		
Tratamento com antipsicóticos	3,2%		3,4%			15,4%		0,0%		

DM - diabetes mellitus; HTA - hipertensão arterial; p - significância estatística; DBS-STN - estimulação cerebral profunda do núcleo subtalâmico; DDEL - 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, apomorfina=15, ropinirol=20, pramipexol=60, e pergolide=100; NA - não aplicável

zando o Mann-Whitney U-teste e as variáveis categóricas foram analisadas com o teste Qui-quadrado. Foram aplicadas análises de regressão linear para teste de factores preditivos para a disfunção sexual na DP.

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

RESULTADOS

A mediana das idades para as mulheres foi de 64 anos e para os homens foi de 63 anos. A maioria das mulheres e homens estavam casados, eram católicos e estavam reformados. A mediana da escolaridade em ambos os sexos foi de 4 anos. Das mulheres, 41% estavam no estadio II de HY. Dos homens, 44,2% estavam no estadio III de HY. A duração da doença teve uma mediana de 10 anos para as mulheres e 11 anos para os homens. Os doentes de ambos os sexos estavam medicados com uma DDEL com a mediana de 600; realizaram cirurgia de estimulação cerebral profunda do núcleo subtalâmico (DBS-STN), 48,7% das mulheres e 32,7% dos homens (tabela 1).

Função sexual nos homens

A pontuação total do IIFE difere significativamente entre casos e controlos ($p < 0,01$), assim como em todos os 5 domínios, sendo mais reduzida nos casos (Tabela 2).

Tabela 2 - Pontuações do IIFE nos casos e controlos.

	Caso	Controlo	
	Mediana	Mediana	p
IIFE	35,00	75,00	<0,01
Erecção	15,00	30,00	<0,01
Orgasmo	3,00	10,00	<0,01
Desejo	6,00	10,00	<0,01
Intercurso	6,00	15,00	<0,01
Satisfação Global	35,00	75,00	<0,01

IIFE - Índice Internacional de Função Erétil; p - significância estatística

Estiveram sexualmente activos nas ultimas 4 semanas 45,7% dos doentes.

A prevalência de Disfunção Erétil nos doentes foi de 57,7%.

Os doentes com tratamento antidepressivo apresentavam pontuações no IIFE significativamente menores

do que aqueles sem este tratamento ($p < 0,01$).

Os doentes com hipertensão arterial não apresentaram diferenças no IIFE.

A duração da doença correlacionou-se negativamente com o IIFE ($\rho = -0,33$; $p < 0,05$).

Na análise de regressão linear foram factores preditivos do IIFE a duração da doença e a idade (Adjusted R square= 0,43; $p < 0,01$) não sendo preditivas as variáveis BDI, IGS do BSI, DDEL e a escolaridade (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise de regressão linear para o estudo do IIFE.

	b	t	p	IC 95%
Duração	-0,54	-0,374	<0.01	-0,314; -0,91
Idade	-0,43	-2,93	<0.01	-1,55; -0,27

b - valor de beta; t - valor de t; p - significância estatística; IC - intervalo de confiança

Função sexual nas mulheres

Os casos e os controlos têm pontuações reduzidas no IFSF. Verifica-se uma diferença estatisticamente significativa no domínio desejo entre casos e controlos com prejuízo das doentes ($p < 0,01$) (tabela 4).

A idade das doentes correlacionou-se negativamente com o IFSF ($\rho = -0,47$; $p < 0,01$). A escolaridade das doentes correlacionou-se positivamente com o IFSF ($\rho = 0,51$; $p < 0,01$).

Tabela 4 - Pontuações do IFSF nos casos e controlos.

	Caso	Controlo	
	Mediana	Mediana	p
IFSF	38,00	12,00	0,87
Desejo	2,00	5,00	<0,01
Excitação	6,50	0	0,55
Lubrificação	5,50	0	0,68
Orgasmo	6,00	3,00	0,99
Satisfação	7,50	6,00	0,18
Dor	6,00	0	0,61

IFSF - Índice de Funcionamento Sexual Feminino; p - significância estatística

Não se encontrou nenhuma correlação significativa entre o IFSF e a duração da doença, a DDEL, o BDI, e o BSI.

Comorbilidades médicas

Apresença de *diabetes mellitus*, hipertensão arterial e dislipidemia foi avaliada pela observação das prescrições médicas. Observou-se uma prevalência de hipertensão arterial de 8,8% nos doentes do sexo masculino e 6,7% no sexo feminino.

Nenhum dos doentes apresentava *diabetes mellitus* ou dislipidemia.

A presença de hipertensão arterial não condicionou diferenças na função sexual de homens ou mulheres com DP.

Avaliação psicopatológica

O IGS do BSI difere significativamente entre casos e controlos do sexo masculino ($p < 0,01$), assim como em todos os 9 domínios, sendo superior nos casos (Tabela 5).

Tabela 5 - Pontuação do BSI e BDI nos homens.

	Caso	Controlo	
	Mediana	Mediana	<i>p</i>
IGS	0,94	0,15	<0,01
Somatização	1,00	0,14	<0,01
Depressão	1,00	0,0	<0,01
Hostilidade	0,80	0,0	<0,01
Ansiedade	1,00	0,0	<0,01
Ansiedade-fóbica	0,80	0,0	<0,01
Psicoticismo	0,80	0,0	<0,01
Paranóia	1,00	0,0	<0,01
Obsessivo-compulsivo	1,17	0,50	<0,01
Sensibilidade-Interpessoal	0,50	0,0	<0,01
BDI	10,00	2,50	

IGS - Índice Geral de Sintomas; BDI - Índice Depressivo de Beck; *p* - significância estatística

A pontuação obtida no BSI difere significativamente entre as doentes e os controlos do sexo feminino nos domínios de ansiedade fóbica ($p < 0,01$) e de sensibilidade interpessoal ($p < 0,01$) sendo superior nas doentes (Tabela 6).

Tabela 6 - Pontuação do BSI e BDI nas mulheres.

	Caso	Controlo	
	Mediana	Mediana	<i>p</i>
IGS	0,70	0,70	0,68
Somatização	0,71	0,71	0,79
Depressão	1,00	0,67	0,23
Hostilidade	0,40	0,80	0,65
Ansiedade	0,83	0,83	0,45
Ansiedade-fóbica	0,80	0,20	<0,01
Psicoticismo	0,20	0,40	0,23
Paranóia	0,50	0,40	0,57
Obsessivo-compulsivo	1,33	0,50	0,09
Sensibilidade-Interpessoal	0,75	0	<0,01
BDI	4,00	6,00	

IGS - Índice Geral de Sintomas; BDI - Índice Depressivo de Beck; *p* - significância estatística

Não existem diferenças no BSI entre homens e mulheres com DP.

No caso dos controlos existem diferenças significativas entre homens e mulheres tendo estas maiores pontuações nos domínios somatização, depressão, ansiedade, psicoticismo e paranóia ($p < 0,01$).

Sintomatologia depressiva

A pontuação do BDI difere significativamente entre casos e controlos do sexo masculino sendo mais elevada nos casos ($p < 0,01$) (Tabela 5). A pontuação do BDI não difere significativamente entre casos e controlos do sexo feminino (Tabela 6). Não há diferenças significativas entre os doentes do sexo masculino e feminino na pontuação do BDI. No caso dos controlos existem diferenças significativas entre homens e mulheres tendo estas maiores pontuações ($p < 0,01$).

Na comparação por categorias de gravidade de sintomatologia depressiva não existem diferenças significativas entre os doentes de ambos os sexos. Os doentes do sexo masculino têm uma prevalência de sintomas depressivos de 55,8% e os do sexo feminino de 43,3%. A prevalência de sintomas depressivos nos controlos foi de 10% nos homens e de 27,6% nas mulheres. A utilização de antidepressivos no total dos doentes foi de 61,3% nas mulheres e de 32,7% nos homens. Dos doentes medicados com antidepressivos apresentavam sintomas depressivos residuais 26,1% dos homens e 76,5% das mulheres. Dos doentes com sintomas depressivos não estavam medicados com antidepressivos 62,1% dos homens e 57,1% das mulheres.

Doentes submetidos a DBS-STN

A amostra deste estudo apresenta um número considerável de doentes submetidos a DBS-STN, dado ter sido recolhida numa consulta de um centro terciário.

Quando comparámos os doentes submetidos a DBS-STN com os tratados apenas farmacologicamente observamos que no caso dos homens os primeiros têm uma maior duração de doença ($p<0,01$); têm pontuações menores no IIFE ($p<0,01$); apresentam uma prevalência de disfunção erétil de 82,4% (face a 48,6% dos tratados apenas farmacologicamente); têm pontuações no BDI mais elevadas ($p<0,01$), assim como, nos domínios do BSI depressão, ansiedade fóbica e comportamentos obsessivo-compulsivos ($p<0,01$); estão mais medicados com antidepressivos ($p<0,01$); apresentam uma prevalência de sintomas depressivos de 70,6% (face a 48,6% dos tratados apenas farmacologicamente).

As mulheres submetidas a DBS-STN apresentam maiores DDEL ($p<0,01$); não apresentam diferenças significativas no IFSF; têm pontuações maiores no BDI ($p<0,01$) e nos domínios do BSI: depressão e psicotismo ($p<0,01$); apresentam uma prevalência de sintomas depressivos de 57,1% (face a 31,2% das tratadas apenas farmacologicamente).

DISCUSSÃO

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

Os homens com DP têm uma maior probabilidade de sofrerem de disfunção erétil, de apresentarem maior sintomatologia depressiva e maior sofrimento psicológico.

Na nossa amostra os doentes com DP apresentam menor desejo sexual assim como apresentam alterações do orgasmo, erecção e satisfação sexual, o que está de acordo com outros autores (16). A prevalência de DE neste estudo foi de 57,7%, sendo que os resultados descritos na literatura podem variar entre de 64,8% (2) e 53% (17).

Para além da DE há um elevado número de doentes que cessam a sua actividade sexual. Na nossa amostra 54,3% dos homens e 41,2% das mulheres com DP ces-

saram a sua actividade sexual o que está de acordo com os resultados de outros autores (2).

Na análise de regressão linear os factores preditivos para a deterioração da função sexual foram a duração da doença e a idade dos doentes. O facto de a duração da DP influenciar negativamente a função sexual é apoiado por Koller e por Jacobs que observaram, respectivamente, um efeito deletério da duração da doença na função erétil (16, 28). Este facto pode ser explicado pela presença de uma maior sintomatologia motora e não-motora, incluindo alterações autonómicas da DP.

Na população em geral, o principal factor preditivo para a presença de disfunção sexual é a idade (12). Assim, era de esperar que a idade fosse também um factor preditivo do IIFE nesta amostra.

No nosso estudo não foi possível evidenciar o efeito de outros factores na função erétil, como a escolaridade e a sintomatologia depressiva. O nível de escolaridade pode ter um efeito positivo sobre a função erétil. A presença de sintomatologia depressiva pode condicionar a existência de deterioração da função sexual (12).

Os doentes com tratamento antidepressivo apresentavam uma deterioração da sua função sexual o que era esperado dado ser um efeito lateral frequente destes psicofármacos.

Nas mulheres com DP a deterioração da vida sexual é estimada em 78,1% das mulheres (2).

Neste estudo as doentes apenas se distinguiram dos controlos no domínio do desejo, tendo menores pontuações, o que está de acordo com Kummer *et al.* que descreveram alterações do desejo sexual em 65,7% das mulheres (19). O IFSF correlacionou-se positivamente com a escolaridade e negativamente com a idade o que está de acordo com outros autores (20).

Todas as mulheres exprimiram perturbações relacionadas com a excitação e o orgasmo. Não se verificou, todavia, o aumento de dor ou a insatisfação com a vida sexual.

As mulheres têm mais disfunções sexuais do que os homens, na população geral (20). Cerca de 50% das mulheres na menopausa têm um problema sexual (21).

Todavia, o impacto da DP é maior na sexualidade dos homens do que nas mulheres.

Como hipóteses para explicar o facto dos homens serem mais afectados podemos sugerir que os homens podem ser mais sensíveis às perdas dopaminérgicas; ou poderá existir uma diminuição dos níveis de testosterona nestes doentes.

O efeito negativo dos antipsicóticos sobre a função sexual não foi possível de se evidenciar neste estudo. O efeito negativo dos antidepressivos foi evidenciado nos homens mas não nas mulheres, assim é de sugerir a existência de um agravamento da função sexual prévio à administração destes fármacos nas mulheres.

O uso da terapêutica antiparkinsoniana não evidenciou um efeito positivo no funcionamento sexual dos doentes. É de referir, todavia, 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 dificuldades 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.

Segundo Castelli *et al.* (22) a realização de DBS-STN tem um efeito positivo na sexualidade dos doentes do sexo masculino. Na nossa amostra os doentes submetidos a DBS-STN tinham uma maior deterioração da função sexual, assim como apresentavam uma maior duração da doença.

Quando comparámos 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 mau-estar psicológico geral, o que é traduzido pelas pontuações mais elevadas do BDI e do BIS, respectivamente.

Observamos, ainda, que estes doentes tendem a ser mais idosos e a terem uma maior duração de doença. Assim, como corolário do que havia sido exposto, estes doentes têm uma maior probabilidade de ter uma pior função sexual.

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

Poderíamos questionar 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 um 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 (23).

A prevalência de depressão nos doentes com DP é estimada em 62% (24). Neste estudo a prevalência de depressão foi de 51,2% no total dos doentes, sendo que no caso dos doentes do sexo masculino têm uma prevalência de depressão de 55,8%, e os do sexo feminino de 43,3%.

Dos doentes com sintomas depressivos não estavam medicados com antidepressivos 62,1% dos homens e 57,1% das mulheres.

Isto deve alertar para a necessidade de maior sensibilidade para o diagnóstico de depressão e optimização do tratamento, o que ressalta a importância de um psiquiatra integrar a avaliação destes doentes.

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 subse-

quente 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 contribuíam para as disfunções sexuais. No que se refere ao impacto na vida sexual das (os) companheiras(os) não houve uma avaliação específica. Estas limitações devem ser ultrapassadas em estudos futuros.

CONCLUSÕES

Este estudo alerta-nos para a elevada prevalência de perturbações sexuais nos homens e mulheres com DP. Os doentes do sexo masculino têm uma deterioração da vida sexual, cujos factores preditivos são 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 psicopatológicos em geral, e de sintomatologia depressiva em particular, podemos dizer que os homens com DP têm uma maior probabilidade de estarem numa situação de maior sintomatologia depressiva e de maior sofrimento psicológico face aos controlos saudáveis.

A colaboração de Psiquiatria na observação destes doentes é, assim, aconselhada quer para a avaliação psicopatológica quer para a potencial abordagem e tratamento a perturbações 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. *Neurol* 1990;40:1347-9.
- 2 - Bronner G, Royter V, Korczyn AD, Giladi N. Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *J Sex Marital Ther* 2004; 30:95-105.
- 3 - Basson R. Sex and idiopathic Parkinson's disease. *Adv Neurol* 2001;86:295-300.
- 4 - Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L, Lees AJ. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinic-pathological study of 100 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992;55:181-4.
- 5 - Folstein MF, Folstein S, Mc Hugh PR. Mini mental state: a practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
- 6 - Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychol Med* 1983;13:595-605.
- 7 - Canavarro, M.C. (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

- 8 - Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbauch J. An inventory for measure depression. *Arch General Psychiatry*. 1961;4:561-71.
- 9 - 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;623-44.
- 10 - 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.
- 11 - Rosen RC, Cappelleri JC, Gendrano N. The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review. *Int J Impot Res* 2002;14:226-44 .
- 12 - TelesAG, Carreira M, Alarcão V, 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;5:1317-24.
- 13 - Rosen R, Brown C, Heiman J, 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;26:191-208.
- 14 - Hentschel H, Alberton D, Capp E, Goldim J, Passos E. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) for Portuguese language. *J Sex Marital Ther* 2008;34:107-14.
- 15 - Pereira A, Silva M, Freitas V. Estudo Psicométrico do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF). 2009. www.psicologia.com.pt. (consultado em 15/01/2010)
- 16 - Koller WC, Vetere-Overfield B, Williamson A, Busenbark K, Nash J, Parrish D. Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Clin Neuropharmacol* 1990;13:461-3.
- 17 - 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;59:559-62.
- 18 - 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;69:550-2.
- 19 - Kummer A, Cardoso F, Teixeira AL. Loss of libido in Parkinson's disease. *J Sex Med* 2009;6:1024-31.
- 20 - Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Sexual dysfunctions: classifications and definitions, *J Sex Med* 2007;4:241-50.
- 21 - 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.
- 22 - Castelli L, Perozzo P, Genesia ML, et al. Sexual well being in parkinsonian patients after deep brain stimulation of the subthalamic nucleus. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:1260-5.
- 23 - Gao X, Chen H, Schwarzschild MA, et al. Erectile function and risk of Parkinson's disease. *Am J Epidemiol* 2007; 166:1446-50.
- 24 - 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;23:183-9.

Correspondência:

Dr. Jacinto Azevedo
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200-319 Porto

e-mail: jacintoazevedo@gmail.com