

A Saúde Sexual na Doença de Parkinson

Jacinto Azevedo*, Manuel Esteves*, Maria José Rosas†, 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

A Doença de Parkinson atinge vários sistemas para além do motor. É reconhecido que existe a presença de morbilidade psiquiátrica importante nestes doentes, nomeadamente, perturbações de ansiedade, do humor e psicóticas. Estes doentes têm limitações sexuais próprias de uma doença crónica e outras específicas à doença de Parkinson e ao seu tratamento.

O objectivo deste trabalho é fazer uma revisão sobre os aspectos relacionados com o impacto que a doença de Parkinson acarreta para a saúde sexual destes doentes.

Palavras-chave: doença de Parkinson; sexualidade; qualidade de vida

ARQUIVOS DE MEDICINA, 24(2):47-51

INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) atinge vários sistemas estando muitas vezes associada a disfunção sexual. Apenas, uma minoria dos doentes recebe apoio para as suas preocupações sexuais. 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 psicológico e social (1).

Asexualidade 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.

Os casais em que um dos parceiros tem DP têm uma elevada prevalência de dificuldades sexuais. Os profissionais de saúde devem abordar os aspectos de saúde sexual no tratamento da DP (2).

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.

A função sexual é um processo complexo que depende da integridade dos sistemas vascular, endócrino, neurológico, sendo influenciada por inúmeros factores psicossociais.

Na população em geral, a disfunção sexual (DS) tem uma elevada prevalência nas mulheres (43%) e nos homens (31%) entre os 18 e os 59 anos (3).

A função sexual é influenciada por vários factores entre os quais se destacam o envelhecimento, as experiências de vida, e as co-morbilidades médicas. As perturbações do desejo sexual têm uma prevalência de 30-35% nas mulheres entre os 18-70 anos, a dificuldade na lubrifica-

ção vaginal pode atingir os 39%, e a impossibilidade de atingir o orgasmo pode atingir os 34%. A disfunção erétil (DE) foi encontrada em 52% dos homens entre os 40-70 anos, a ejaculação prematura tem uma prevalência de 30% nos homens americanos entre os 18-59 anos (3). Num estudo americano com uma amostra de 3005 pessoas verificou-se que a prevalência de actividade sexual diminui com a idade sendo de 73% entre os 57-64 anos, 53% entre os 65-74 anos, 26% entre os 75-85 anos (4).

A disfunção sexual é mais prevalente 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 (5).

O IMPACTO DAS ALTERAÇÕES NA INTIMIDADE E SEXUALIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM DP

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

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 (6).

O reconhecimento da necessidade de melhorar a QoSL levou à proposta de que a história sexual deve fazer parte da história neurológica e de que a saúde sexual e os aspectos relacionais devem ser tidos em consideração, o que implica a inclusão dos(as) companheiros(as) no planeamento do tratamento. Este tipo de consultadoria sexual permite que se estabeleçam estratégias de tratamento mais flexíveis que tenham em consideração as mudanças da sexualidade do doente, assim como, possam contribuir para uma melhor QoL dos doentes, dos cônjuges e das suas famílias (7).

SEXUALIDADE E DP

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 de 61-65% das mulheres. Devido à DP, 41,9% dos homens e 28,2% das mulheres cessam a sua actividade sexual, verificando-se uma insatisfação geral com a sua vida sexual (65,1% dos homens e 37,5% das mulheres), e uma elevada prevalência de disfunção sexual (8).

Mott *et al.* descreveram que 73,5% de 441 pessoas com DP na Austrália tinham limitações sexuais e que os homens avaliavam o impacto da limitação sexual na sua QoL de modo mais intenso do que as mulheres. Os mesmos autores sugeriram como factores preditivos de limitações sexuais a duração dos sintomas, o autocuidado e a idade (9).

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 (8).

Os sintomas motores como a rigidez, o tremor, a imobilidade, a dificuldade nos movimentos finos dos dedos, podem limitar o toque íntimo necessário para o prazer e para a excitação sexual.

Metades dos doentes jovens com DP sentem que a sua rigidez contribui para a sua disfunção sexual (10).

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 inexpressivas associadas à DP 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 da companheira. As alterações do sono podem levar a que o casal durma em camas separadas, diminuindo assim as oportunidades para o contacto íntimo (2).

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

A depressão, a ansiedade e a fadiga contribuem frequentemente para a disfunção sexual. A insatisfação sexual nos doentes jovens com DP não aumenta tanto com a duração ou a gravidade da DP, mas sim com a presença de desemprego e depressão (10).

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, de 10% para a disfunção erétil, de 7% para a perturbação de desejo sexual hipoactivo e de 4% para a ejaculação prematura. As amostras recolhidas em Cuidados de Saúde Primários ou em centros de referência são habitualmente superiores (11).

Disfunção sexual em homens com DP

Nos doentes com DP verifica-se um impacto marcado nas fases de resposta sexual - desejo, excitação, orgasmo - na maior parte dos homens com DP, que se acentua com o aumento da duração da DP, mesmo nos doentes jovens (10). As perturbações sexuais são mais frequentes nos casais jovens quando o doente é do sexo masculino. A deterioração na vida sexual foi descrita em 76,7% dos homens, e a diminuição na frequência de relacionamento sexual em 88% dos casos (8).

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

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 em 1986 e que completaram um questionário retrospectivo com questões sobre disfunção erétil no ano 2000. Neste estudo foi descrito um aumento do risco de desenvolvimento de DP nos homens com DE. Os homens com disfunção erétil antes de 1986 tinham uma probabilidade 3,8 vezes superior para desenvolver DP do que aqueles que não tinham disfunção erétil (12).

De acordo com Castelli *et al.* a estimulação profunda do núcleo subtalâmico tem um efeito positivo na 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 (13).

O tratamento da DE nos doentes com DP pode ser realizado pelo uso de inibidores da fosfodiesterase tipo-5, por exemplo o sildenafil, vardenafil, tadalafil. Deve-se ter em atenção a possibilidade de desenvolvimento de cefaleias e de hipotensão ortostática (14). A deficiência de testosterona pode ser encontrada até 35% dos doentes

com DP (15).

Nos homens com deficiência de testosterona documentada, a terapia de substituição com testosterona deve ser considerada (14).

DISFUNÇÕES SEXUAIS NA MULHER

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

No geral, pode dizer-se que 40% da população feminina é afectada por uma dificuldade sexual, sendo que essa prevalência aumenta para 50% nas mulheres na peri-menopausa e na menopausa (16).

Laumann *et al.* encontraram uma prevalência de 32% para as perturbações sexuais em mulheres norte-americanas com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos (17). Os mesmos autores encontraram uma prevalência de 27% de disfunções sexuais em mulheres europeias, sendo a perturbação de desejo sexual hipotativo a mais comum (18).

Disfunção sexual em mulheres com DP

As mulheres com doenças neurológicas têm maior risco de desenvolverem 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 a diminuição do desejo, da excitação, da lubrificação vaginal, da sensibilidade genital e da capacidade em atingir o orgasmo (16).

A deterioração na vida sexual é descrita em 78,1% das mulheres com DP. Os problemas mais comuns envolvem a excitação (87,5%), o orgasmo (75%) e o desejo (50%) (4).

Existe uma diminuição na frequência da actividade sexual em 43-83% das doentes com DP, e cerca de 35% destas mulheres queixam-se de uma diminuição na lubrificação vaginal (7).

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

A imagem corporal e a sexual são algumas das principais preocupações das doentes jovens com DP (idade entre 35-59 anos). As mulheres que manifestam preocupação com a alteração da sua imagem corporal queixam-se que deixam de se sentir atraentes mudando,

muitas vezes, a sua forma de vestir de modo a lidarem mais positivamente com os sintomas da DP (4).

EFEITO DA DP NO RELACIONAMENTO ENTRE OS CASAIS

Uma função sexual saudável representa mais do que a capacidade em ter erecções e de atingir orgasmos. A qualidade do relacionamento do casal pode contribuir para a presença de disfunções sexuais. Beier *et al.* investigaram a influência da DP na sexualidade e na intimidade emocional em 330 mulheres e 1 008 homens da “Organização Alemã de Parkinson”. Para além de disfunção sexual e da 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 discussões sobre aspectos sexuais com os seus parceiros (7).

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

Estudos recentes mostraram um efeito negativo da disfunção erétil masculina na sexualidade das companheiras. Uma diminuição significativa no desejo, na excitação, no orgasmo e na satisfação sexual é descrita pelas mulheres em que o parceiro tem disfunção erétil. Quando os companheiros são tratados com inibidores da fosfodiesterase tipo-5 (PDE5-I), as mulheres descrevem um funcionamento sexual significativamente melhorado. 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* (DISF-SR) (excitação sexual, comportamento, orgasmo, fantasia e desejo). O efeito da DP na função sexual parece ser maior quando o doente é do sexo masculino (10).

FÁRMACOS E SEXUALIDADE NA DP

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 e hipersexualidade.

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. A amantadina tem sido descrita como um fármaco eficaz no tratamento da disfunção sexual induzida por neurolépticos e antidepressores. A

bromocriptina diminui a latência da ejaculação. O pergolide pode induzir ejaculações espontâneas. 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 disfunção erétil. A selegelina, um inibidor selectivo da MAO-A, está associada a aumento do desejo sexual e a formas de hipersexualidade.

A disfunção sexual é muito comum em doentes que tomam inibidores selectivos da recaptação da serotonina (SSRIs). Montejo *et al.* mostraram que a incidência de disfunção erétil com SSRIs é maior do que aquela causada pelos antagonistas da serotonina (5 HT-2) (19).

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 quetiapina e clozapina, pelo antagonismo dos receptores da dopamina e da serotonina, causam atraso na ejaculação e diminuição do desejo sexual (19).

HIPERSEXUALIDADE NA DP

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 na sexualidade nos doentes com DP. Têm sido utilizados vários termos para descrever hipersexualidade, como “adição sexual”, “compulsividade sexual”, “impulsividade sexual” e “aumento de interesse por sexo”. Não há, até ao momento, nenhum instrumento validado para medir a hipersexualidade na DP.

O comportamento que se observa na hipersexualidade inclui aumento do desejo sexual, aumento na frequência de erecções, aumento do comportamento de procura de sexo, por vezes acompanhado de agressividade, de parafilias e de masturbação compulsiva.

A hipersexualidade é considerada uma manifestação de hipo-funcionamento frontal. A combinação de perturbações do sistema autónomo, do sistema motor, com alterações do auto-conceito, da diminuição da actividade social e de pensamentos paranóides em relação ao cônjuge podem favorecer nos doentes comportamentos mais agressivos e uma maior exigência sexual.

Existem factores de risco conhecidos para a hipersexualidade na população geral, entre eles, o abuso de substâncias e o consumo de tabaco. 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, outra propõe a existência de alterações funcionais, 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 neurotrans-

missão. Shapiro *et al.* descreveram dois casos de doentes com DP de início precoce que desenvolveram formas de hipersexualidade associados à selegelina (21).

As formas de hipersexualidade representam 3% de todas as complicações neuropsiquiátricas da terapia antiparkinsoniana. A sua prevalência é maior nos homens que têm um início precoce dos sintomas, e parece estar associada com todos os fármacos dopaminérgicos. 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 (20).

O aumento do desejo sexual é 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 mais comum nos homens, que geralmente negam a existência do problema. As suas companheiras são geralmente a fonte de informação sobre a hipersexualidade. É importante detectar e tratar a hipersexualidade, que geralmente é sub-diagnosticada, e tratá-la o mais rápido possível de modo a prevenir o aumento de tensão emocional no ambiente familiar que já está a lidar com as difíceis consequências da DP. O tratamento pode passar pela diminuição da dose ou pela substituição do fármaco antiparkinsoniano (21).

CONCLUSÕES

A presença de limitações sexuais nos doentes com DP deve ser considerada na avaliação destes doentes. As alterações do desejo, da excitação, do orgasmo são frequentes em ambos os sexos, sendo as situações de défice as mais comuns e as de excesso menos frequentes, porém mais incapacitantes. Esta problemática deve ser abordada em consulta e fornecido o apoio e o acompanhamento adequados.

REFERÊNCIAS

- 1 - 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.
- 2 - Bronner G, Royter V, Korczyn AD, Giladi N. Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *J Sex Marital Ther* 2004; 30:95-105.
- 3 - Fugl-Meyer, A. R., Fugl-Meyer, K. Sexual disabilities, problems, and satisfaction in 18–74 year old Swedes. *Scand J Sexol* 1999;3:79-105.
- 4 - 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.
- 5 - Rees PM, Fowler C, Maas C. Sexual function in men and women with neurological disorders. *Lancet* 2007; 10;369:512-25.

- 6 - Moore O, Gurevich T, Korczyn AD, Anca M, Shabtai H, Giladi N. Quality of sexual life in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* 2002;8:243-6.
- 7 - Beier Km, Luders M, Boxdorfer SA. Sexuality and partnership aspects of Parkinson disease. Results of an empirical study of patients and their partners. *Neurol Psychiatr* 2000;68:564-75.
- 8 - Bronner G. Sexual dysfunction and Parkinson's disease: Dynamic and unpredictable. *Mov Disord* 2006;21(suppl 13):S33.
- 9 - Mott S, Kenrick M, Dixon M, Bird G. Pain as a sequela of Parkinson disease. *Aust Fam Physician* 2004;33:663-4.
- 10 - 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.
- 11 - Panser LA, Rhodes T, Girman CG, et al. 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.
- 12 - 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;166:1446-50.
- 13 - 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;75:1260-4.
- 14 - Pfeiffer RF. Gastrointestinal, urological, and sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2010;25 (suppl 1):S94-7.
- 15 - Okun MS, McDonald WM, DeLong MR. Refractory non-motor symptoms in male patients with Parkinson disease due to testosterone deficiency: a common unrecognized comorbidity. *Arch Neurol* 2002;59:807-11.
- 16 - Shifren JL, Monz Bu, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008;112: 970-8.
- 17 - 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;5:2300-11.
- 18 - 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.
- 19 - 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.
- 20 - Merims D, Giladi N. Dopamine dysregulation syndrome, addiction and behavioral changes in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* 2008;14:273-80.
- 21 - 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;12:392-5.

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