

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS E
COMPORTAMENTO**

BRUNO RAFAEL ANTUNES DE SOUZA

**O IMPACTO DOS ASPECTOS MOTORES, NÃO MOTORES E SOCIAIS NA
SAÚDE SEXUAL DE HOMENS VIVENDO COM A DOENÇA DE PARKINSON**

SÃO PAULO

2023

VERSÃO CORRIGIDA

**O IMPACTO DOS ASPECTOS MOTORES, NÃO MOTORES E SOCIAIS NA
SAÚDE SEXUAL DE HOMENS VIVENDO COM A DOENÇA DE PARKINSON**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
para obtenção do título Mestre em
Psicologia.

Programa de Pós-Graduação em
Neurociências e Comportamento

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Elisa
Pimentel Piemonte.

SÃO PAULO

2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Antunes de Souza, Bruno Rafael

O impacto dos aspectos motores, não motores e sociais na saúde sexual de homens vivendo com a doença de Parkinson / Bruno Rafael Antunes de Souza; orientadora Maria Elisa Pimentel Piemonte. -- São Paulo, 2023.

55 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

1. Doença de Parkinson. 2. Saúde sexual. 3. Disfunção sexual. 4. Homens. I. Pimentel Piemonte, Maria Elisa, orient. II. Título.

RESUMO

Introdução: A saúde sexual (SS) é influenciada por diversos fatores biológicos, mentais e sociais que podem ser impactados negativamente pela Doença de Parkinson (DP). Apesar de sua prevalência e relevância para a qualidade de vida, os fatores que afetam a SS em homens com doença de Parkinson (HcDP) ainda são pouco compreendidos, sendo escassas as pesquisas nesta área. **Objetivo:** Investigar o impacto dos aspectos motores, não motores e sociais na SS em HcDP. **Método:** Realizamos um estudo transversal de 80 homens (média de idade $53,55 \pm 10,8$) nos estágios 1-3 da progressão da doença de acordo com a classificação de Hoehn e Yahr (H&Y), que relataram ter atividade sexual. Os seguintes dados foram coletados para cada pessoa (testes/escalas utilizadas indicadas entre parênteses e definidas no glossário): (1) informações demográficas e capacidade cognitiva global (T-MoCA); (2) aspectos não motores das experiências da vida diária (MDS-UPDRS, parte I); (3) aspectos motores das experiências da vida diária (MDS-UPDRS, parte II); (4) fadiga (FSS); (5) autoestima (RSES); (6) distúrbio do sono (PDSS); (7) qualidade do relacionamento do casal (DAS); (8) sinais depressivos (BDI); (8) saúde sexual de curto prazo pelo Índice Internacional de Função Erétil (IIEF); e (9) saúde sexual de longo prazo pelo Quociente Sexual Masculino (QS-M). **Resultados:** Nossos resultados sugerem que a qualidade dos relacionamentos conjugais prediz o SS de curto prazo, o nível de incapacidade motora prediz a disfunção erétil e a depressão prediz o SS de longo prazo em HcDP. Idade, início da doença, duração da doença, dosagem de levodopa e sintomas não motores, excluindo depressão, não foram correlacionados com SS. **Conclusão:** Nossos achados confirmam que fatores multidimensionais podem afetar a SS de HcDP e enfatizam que somente uma equipe multiprofissional pode oferecer cuidados adequados para melhorar a SS em HcDP.

Palavras-chave: doença de Parkinson. Saúde Sexual. Disfunção sexual. Homens.

Abstract

Background: Sexual health (SH) is influenced by several biological, mental, and social factors which may be negatively impacted by PD. Despite its prevalence and relevance for quality of life, the factors that affect the SH in men with Parkinson's disease (MwPD) are still poorly understood, and research in this area is scarce. **Aim:** To investigate the impact of motor, non-motor, and social aspects on the SH in MwPD. **Method:** We conducted a cross-sectional study of 80 men (mean age 53.55 ± 10.8) in stages 1-3 of disease progression according to Hoehn and Yahr classification (H&Y), who reported to have sexual activity. The following data were collected for each person (used tests/scales indicated within parentheses and defined in glossary): (1) demographic information and global cognitive capacity (T-MoCA); (2) non-motor aspects of daily life experiences (MDS-UPDRS, part I); (3) motor aspects of daily life experiences (MDS-UPDRS, part II); (4) fatigue (FSS); (5) self-esteem (RSES); (6) sleep disorder (PDSS); (7) couple relationship quality (DAS); (8) depressive signals (BDI); (8) short-term sexual health by International Index of Erectile Function (IIEF); and (9) long-term sexual health by Sexual Quotient-Male (QS-M). **Results:** Our results suggest that the quality of marital relationships predicts short-term SH, motor disability level predicts erectile dysfunction, and depression predicts long-term SH in MwPD. Age, disease onset, disease duration, Levodopa dosage, and non-motor symptoms, excluding depression, were not correlated with SH. **Conclusion:** Our findings confirm that multidimensional factors can affect the SH of MwPD and emphasize that only a multi-professional team can offer proper care to improve SH in MwPD.

Key Words: Parkinson's disease. Sexual health. Sexual dysfunction. Men.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Recrutamento da amostra	14
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características demográficas e clínicas.....	18
Tabela 2: Escores dos domínios do IIEF	19
Tabela 3: Correlação entre IIEF, variáveis demográficas e clínicas.....	20
Tabela 4: Escores dos domínios do QS-M	20
Tabela 5: Correlação entre QS-M, variáveis demográficas e clínicas	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDI: Inventário de Depressão de Beck

DAS: Escala de Ajustamento Diádico

DBS-STN: Estimulação Cerebral Profunda – Núcleo Subtalâmico

DDL: Dose diária de Levodopa

DP: Doença de Parkinson

DS: Disfunção sexual

EOPD: DP Início Precoce

HcDP: Homens com Doença de Parkinson

HSDD: Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo

H&Y: Hoehn e Yahr

IIEF: Índice Internacional de Função Erétil

FSS: Escala de Severidade da Fadiga

LOPD: DP Início Tardio

MDS-UPDRS: Sociedade de Distúrbios do Movimento – Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson

MMSE: Mini-Exame do Estado Mental

MoCA: Avaliação Cognitiva de Montreal

PDSS: Escala de Sono da Doença de Parkinson

RSES: Escala de Autoestima de Rosenberg

SNM: Sintomas não motores

SS: Saúde Sexual

QS-M: Quociente Sexual - Masculino

T-MoCA: Telefone – Avaliação Cognitiva de Montreal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVO.....	13
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	13
3.1 Desenho do estudo e participantes.....	13
3.2 Recrutamento.....	14
3.3 Procedimentos do estudo.....	14
3.4 Instrumentos.....	15
4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	18
5 RESULTADOS.....	18
6 DISCUSSÃO	22
7 CONCLUSÃO	24
8 AGRADECIMENTOS	24
REFERÊNCIAS.....	25
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	31
APÊNDICE B – Material Suplementar.....	33

1 INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é uma doença idiopática, neurodegenerativa, multissistêmica, progressiva e irreversível, com um amplo espectro de sinais e sintomas motores e não motores (BLOEM, B; OKUN, M; KLEIN, 2021). Sua incidência aumenta com o envelhecimento e aumenta acentuadamente após os 65 anos (VAN DEN EEDEN et al., 2003). De acordo com o estudo Global Burden of Disease, a DP foi o único distúrbio neurológico com taxas crescentes de mortes padronizadas por idade, prevalência e anos de vida ajustados por incapacidade entre 1990 e 2015 (FEIGIN et al., 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a saúde sexual (SS) é “um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade” (WHO, 2002). A SS envolve muitos fatores, incluindo causas orgânicas, influências ambientais e fatores psicológicos. Pode ser um fenômeno complexo, dificultando seu estudo e entendimento completo (PICILLO et al., 2019).

Entre as várias funções não motoras prejudicadas pela DP, a função sexual (BRONNER et al., 2004, BRONNER et al. 2014) e a autoestima sexual (BROWN et al., 1990), aspectos-chave do SS são afetados negativamente. A disfunção sexual (DS) reduz significativamente a qualidade de vida das pessoas com DP e aumenta a carga médica, social e econômica para pacientes, parceiros sexuais e seus cuidadores (NG et al., 2022). No entanto, recebem pouca atenção dos profissionais de saúde e são subnotificados (BROWN et al., 1990; BRONNER; VODUSEK, 2011). Raciti et al. (2020) mostraram que cerca de 57% das pessoas afirmaram que o início da DP afetou sua vida sexual, principalmente devido à diminuição do desejo sexual e da frequência das relações sexuais. Um estudo de coorte mostrou que pessoas com DP apresentaram uma redução progressiva na atividade sexual de 56,3% para 50,8% ao longo de 2 anos de acompanhamento (PICILLO et al., 2019). Um importante estudo retrospectivo de 14 anos em 32.616 homens com disfunção erétil (DE) com idade entre 40 e 70 anos mostrou que houve uma incidência 3,8 vezes maior de desenvolver DP em anos posteriores, sugerindo que a DE pode ser um sintoma prodromático da DP (GAO et al., 2007). Além disso, a presença de DS antes do diagnóstico de DP previu DS pós-diagnóstico em homens (BRONNER et al., 2023).

Estudos confirmam que a DS é mais prevalente em pessoas com DP do que em indivíduos saudáveis (BHATTACHARYYA; ROSA-GRILLO, 2017, ZHAO et al., 2019). Vela-Desojo et al. (2020) mostrou que apenas 35,2% das pessoas com início precoce da DP (EOPD) contra 81,2% das pessoas saudáveis relataram satisfação sexual. Em relação à idade, os estudos mostram resultados diferentes: alguns mostram que a DS é pior em pessoas mais velhas com DP (MOORE et al., 2002, ÖZCAN et al., 2015, BUHMANN et al., 2017, PEDRO et al., 2020, VELA-DESOJO et al., 2020), enquanto outros mostram que os mais jovens relatam mais DS (HAND et al., 2010) ou que a DS independe da idade (PEDRO et al., 2020). Pedro et al. (2020) ainda descobriram que 83,3% dos homens com DP (HcDP) tratados com Estimulação Cerebral Profunda do núcleo subtalâmico têm DE, sendo a idade um fator preditivo independente para o seu aparecimento.

Em relação à progressão e gravidade da doença, alguns estudos mostraram que a DS aumenta com a progressão da doença (RACITI et al., 2020, GUO et al., 2013, ŠPICA et al., 2013) e a gravidade da doença (ŠPICA et al., 2013, WERMUTH; STENAGER, 1995, KUMMER; CARDOSO; TEIXEIRA, 2009, CELIKEL et al., 2008), enquanto outros não mostraram correlação entre a progressão da doença (WELSH; HUNG; WATERS, 1997, HAND et al., 2010, ÖZCAN et al., 2015, VARANDA et al., 2016) ou a gravidade da doença (BROWN et al., 1978, MOORE et al., 2002, ÖZCAN et al., 2015, VARANDA et al., 2016, RACITI et al., 2020). Em HcDP, a gravidade da doença foi associada à perda da libido (KUMMER; CARDOSO; TEIXEIRA, 2009).

Por gênero, estudos anteriores mostram uma prevalência variando entre 42% e 79% em homens e entre 36-87% em mulheres (BRONNER et al., 2004, KUMMER; CARDOSO ; TEIXEIRA, 2009, BROWN et al., 1978, SAKAKIBARA et al., 2001). HcDP, relatam mais DS do que as mulheres (MARTINEZ-MARTIN et al., 2012; KINATEDER et al., 2022) e mais insatisfação do que os controles (BRONNER et al., 2004). Além disso, descobriu-se que a hipersexualidade, caracterizada por desejo sexual intenso e ações repetitivas destinadas a alcançar a satisfação sexual fora dos limites social ou pessoalmente aceitáveis, é mais comum em HcDP com uma prevalência de 5,2% em comparação com mulheres com DP (0,5 %) (WEINTRAUB et al., 2010).

Frequência de relações sexuais, excitação sexual, fantasias sexuais anormais subjetivas ou satisfação sexual pioraram em ambos os sexos, mas especialmente em HcDP (BUHMANN et al., 2017). As principais DS observadas em HcDP foram (1) transtorno do desejo sexual hipoativo relatado por 83% dos participantes (SAKAKIBARA et al., 2001); (2) Disfunção erétil (DE) relatada de 42,6% a 79% de HcDP de acordo com o estudo (SAKAKIBARA et al., 2001, BRONNER et al., 2004, KUMMER; CARDOSO; TEIXEIRA, 2009, FERRUCCI et al., 2016, BRONNER et al., 2023); (3) dificuldade em atingir o orgasmo relatada por 39,5% (BRONNER et al., 2004), (4) ejaculação precoce relatada por 40,6% a 79% dos HcDP (BRONNER et al., 2004, 2011, JITKRITSADAKUL; JAGOTA; BHIDAYASIRI, 2015); (5) anejaculação relatada por 87% dos HcDP (SAKAKIBARA et al., 2001) e (6) Hipersexualidade relatada por 5,2% dos HcDP (WEINTRAUB et al., 2010).

Diversas alterações nas funções sensoriais, motoras, mentais e autonômicas associadas à DP e nos aspectos sociais podem afetar direta ou indiretamente a SS (PICILLO et al., 2019, GILA BRONNER; SHARON HASSIN-BAER; TANYA GUREVICH, 2017).

Pessoas com DP podem apresentar alterações motoras que podem impactar negativamente na sua SS. Essas alterações podem incluir rigidez, tremor, imobilidade na cama e incoordenação nos movimentos finos das mãos e dedos. Esses desafios podem dificultar a experiência de prazer e excitação sexual e podem impedir que a pessoa com DP seja capaz de participar plenamente da atividade sexual. Além disso, a hipomímia facial pode fazer parecer que a pessoa carece de afeto e desejo, o que pode complicar ainda mais as coisas (BRONNER et al., 2004). De fato, pessoas com DP apresentaram níveis mais altos de gravidade dos sintomas motores e incapacidade motora do que aquelas sem DS (RACITI et al., 2020). O nível reduzido de incapacidade motora em HcDP está associado a maior SS (BROWN et al., 1990, JITKRITSADAKUL; JAGOTA; BHIDAYASIRI, 2015, PICILLO et

al., 2019) e satisfação sexual (KOTKOVÁ; WEISS, 2013). Curiosamente, a gravidade dos sintomas motores previu a maior qualidade de SS do parceiro, mas não do HcDP (BRONNER et al., 2014). Em HcDP, a gravidade dos sintomas motores foi associada à DE (ÖZCAN et al., 2015). A instabilidade postural é um sintoma motor notável do estágio intermediário da DP, DS predita (JITKRITSADAKUL; JAGOTA; BHIDAYASIRI, 2015).

Entre as alterações não motoras, depressão e ansiedade foram identificadas como os fatores mais correlacionados com DS (KOTKOVÁ; WEISS, 2013, JITKRITSADAKUL; JAGOTA; BHIDAYASIRI, 2015, ÖZCAN et al., 2015, RACITI et al., 2020, VELA-DESOJO et al., 2020). Para HcDP, menor depressão está associada a maior atividade sexual (PICILLO et al., 2019) e depressão, idade e presença de um parceiro (FERRUCCI et al., 2016) ou depressão e pontuação subjetiva da doença (KOTKOVÁ; WEISS, 2013) foram capazes de prever sua SS. Além disso, o principal fator preditor para perda de libido e diminuição do desejo sexual em pessoas com DP (KUMMER; CARDOSO; TEIXEIRA, 2009). Özcan et al., (2015) encontraram uma associação entre ansiedade, mas não depressão, e SS.

Poucos estudos investigaram o impacto das alterações cognitivas na SS de pessoas com DP. HAND et al. (2010) não encontraram correlação entre o estado cognitivo e a DP. Picillo et al. (2019) encontraram resultados semelhantes: a SS de homens e mulheres com DP não foi correlacionada com a capacidade cognitiva. Em contraste, Kummer, Cardoso e Teixeira (2009) encontraram uma associação entre declínio cognitivo e perda de libido em HcDP. A disfunção urinária também tem sido associada a queixas de DS e diminuição da satisfação sexual em pessoas com Parkinson (VELA-DESOJO et al., 2020). A disfunção autonômica foi associada à perda de libido em pessoas com DP, e a gravidade da fadiga foi associada à perda de libido em HcDP (KUMMER; CARDOSO; TEIXEIRA, 2009).

Segundo Cavalcanti & Lopes (2005) não há enfermidade física que não traga comprometimento psíquico nem problemas psicológicos que não acarretem alguma reação física. Especificamente no aspecto psicológico, baixo nível de adaptação psicológica é mais importante que a severidade da doença para a piora da QV, sob o ponto de vista social, pois o acometimento das habilidades motoras promove decréscimo da independência física. (PETERNELLA; MARCON, 2012).

Dentre os fatores sociais, a qualidade do relacionamento conjugal tem sido bidirecionalmente relacionada à SS (KINATEDER et al., 2022). Brown et al. (1990) mostraram que os casais em que um dos parceiros tinha DP e relataram um melhor relacionamento conjugal estavam mais satisfeitos com sua vida sexual e vice-versa (BRONNER et al., 2004). No entanto, a satisfação com a relação conjugal variou entre os sexos: a insatisfação com a relação conjugal e com a vida sexual de ambos os parceiros foi maior quando a pessoa com DP era homem. Outros estudos encontraram resultados semelhantes: embora HcDP rejeitasse sexo com menos frequência e seu desejo sexual fosse maior do que as mulheres, eles relataram mais insatisfação com sua vida sexual do que as mulheres (BRONNER et al., 2004, 2014).

A dimensão social do processo saúde-doença, que considera o modo como os sujeitos circulam na sociedade fator determinante dos agravos à sua saúde, e a maneira que os sentidos e significados que o adoecimento adquire para cada um; os recursos disponíveis para o enfrentamento desse processo também estão relacionados aos contextos nos quais os sujeitos se situam (VILLELA, 2005). Norma socialmente imposta aos homens e aceita pela sociedade em geral, da prática sexual intensa, múltipla e variada, como atestado de “virilidade” (VILLELA, 2005).

A área geográfica, as características sociodemográficas e econômicas relacionadas podem afetar a qualidade de vida, bem como a atitude do paciente em relação à sexualidade (RACITI et al., 2020).

A possibilidade do indivíduo com Parkinson vir a apresentar algum nível de dependência, em alguns casos já foi o suficiente para surgirem conflitos interpessoais, desde o momento do diagnóstico (PETERNELLA; MARCON, 2009)

O intrapsíquico não tem origem somente em uma psicologia individual, mas em regras coletivas que estão totalmente interiorizadas (HEILBORN, 2006)

A SS é um fenômeno complexo no qual, além das causas orgânicas, também podem estar envolvidos fatores ambientais e psicológicos. A DS é um sintoma não motor prevalente e perturbador da DP, principalmente em homens. Este estudo teve como objetivo investigar aspectos motores, não motores e sociais da saúde sexual de HcDP.

2 OBJETIVO

Investigar aspectos motores, não motores e sociais da saúde sexual de homens com doença de Parkinson.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo e participantes

Um estudo transversal incluiu 80 HcDP. Os critérios de elegibilidade foram (a) homem; (b) diagnóstico confirmado de DP idiopática oferecido por um neurologista de acordo com os critérios diagnósticos do Banco de Cérebros da Sociedade de Doenças de Parkinson do Reino Unido (HUGHES et al., 1992), idade acima de 21 anos; (c) relato de função sexual ativa nos últimos seis meses; e (d) ter acesso a telefone ou internet e concordar em participar do estudo. Os critérios de não elegibilidade foram (a) a presença de outros distúrbios neurológicos além da DP; e (b) a presença de demência, distúrbios de fala e audição que pudessem prejudicar a realização da entrevista remota.

Para avaliar a presença de demência, considerou-se a capacidade dos participantes em responder adequadamente à primeira seção do questionário do estudo sobre informações pessoais e socioeconômicas como evidência clínica da capacidade cognitiva mínima para autoavaliar sua condição de saúde.

3.2 Recrutamento

Os participantes foram recrutados dentre os contatos da Rede AMPARO (www.amparo.numec.prp.usp.br). No primeiro contato, por meio de ligações e/ou mensagens telefônicas identificamos sua elegibilidade e, posteriormente, repassadas as informações sobre os procedimentos do estudo, sendo convidados a dar o seu consentimento para participar. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá (CAAE 39971420.0.0000.0003) e conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque.

3.3 Procedimentos do estudo

As entrevistas foram realizadas por meio de formulário estruturado e instrumentos validados. Avaliações específicas e não específicas para DP envolvendo aspectos motores, não motores e sociais foram incluídas neste estudo. A pesquisadora principal treinou uma equipe de pesquisadores (fisioterapeutas e psicólogos) envolvidos neste estudo por meio de material escrito e videoconferências para melhor conduzir as entrevistas com os participantes. Os participantes foram solicitados a indicar o melhor dia e horário para a entrevista remota. A fim de evitar o cansaço dos participantes, as entrevistas foram realizadas em duas etapas, duraram aproximadamente 30-35 minutos e foram realizadas pela mesma pessoa. O intervalo entre as entrevistas foi de 7 dias.

O fluxo de estudo é demonstrado na Figura 1.

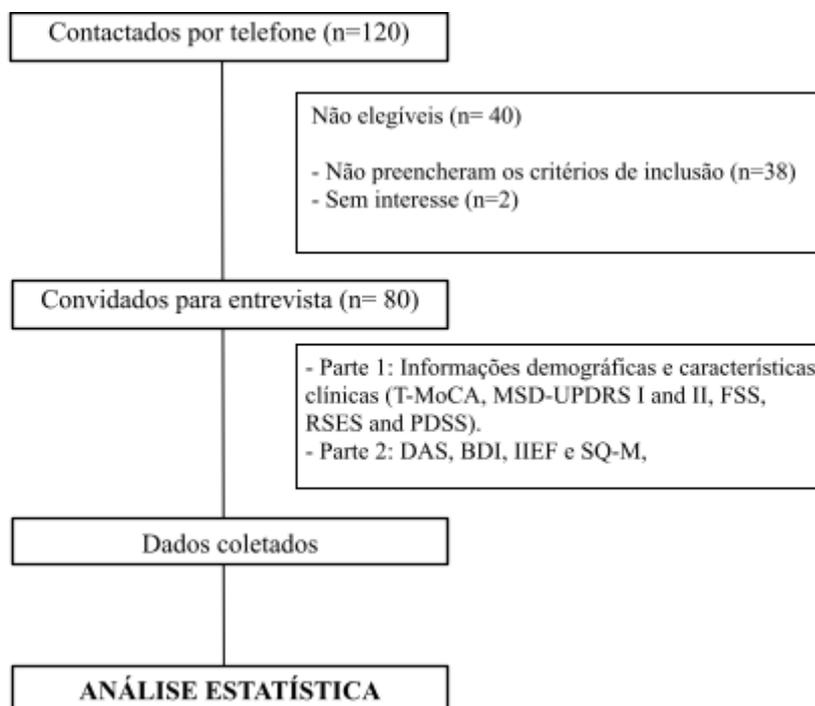


Figura 1 – Recrutamento da amostra.

T-MoCA, Avaliação Cognitiva Montreal; MDS-UPDRS, Sociedade de Distúrbios do Movimento – Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson; FSS, Escala de Severidade de Fadiga; RSES, Escala de Autoestima de Rosenberg; PDSS, Escala de Sono da Doença de Parkinson; DAS, Escala de Ajustamento Diádico; BDI, Inventário de Depressão de Beck; IIEF, Índice Internacional de Função Erétil; QS-M, Quociente Sexual – Masculino.

3.4 INSTRUMENTOS

3.4.1 Telefone - Montreal Cognitive Assessment (T-MoCA)

O T-MoCA é uma versão adaptada do MoCA 30 administrado por telefone. Contém apenas os itens que não requerem o uso de lápis e papel ou estímulos visuais, portanto sua pontuação máxima é 22 (KATZ et al., 2021). Quanto maior a pontuação, melhor a capacidade cognitiva

A escala avalia assim aspectos de memória, atenção, linguagem, fluência verbal, abstração, evocação tardia e orientação.

Em geral, o T-MoCA não apresenta as mesmas barreiras de acesso inerentes à videoconferência, pois os indivíduos podem participar via telefone fixo ou celular, sem necessidade de equipamentos ou proficiência tecnológica mais avançada.

3.4.2 Sociedade de Distúrbios do Movimento - Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (MDS-UPDRS)

O MDS-UPDRS é uma ferramenta para medir a gravidade e a progressão da DP com base nas dificuldades apresentadas nos últimos sete dias. Neste estudo, apenas a Parte I e a Parte II foram usadas (GOETZ et al., 2008).

Composta por treze questões em cada parte, divididos em quatro partes: atividade mental, comportamento e humor; atividades de vida diária (AVDs); exploração motora e complicações da terapia medicamentosa.

A pontuação em cada item varia de 0 a 4, sendo que o valor máximo indica maior comprometimento pela doença (grave) e o mínimo, normalidade (sem problemas). As alternativas são: normal, discreto, ligeiro, moderado e grave.

3.4.3 Escala de Gravidade da Fadiga (FSS)

O FSS é uma escala de classificação não específica frequentemente usada em DP. Este instrumento contém 9 questões com respostas que variam de 1 (discordo totalmente) a 7

(concordo totalmente). A pontuação total é a média das 9 questões, e pontuações mais altas indicam maiores graus de fadiga (VALDERRAMAS; FERES; MELO, 2012).

O número total de pontos poderá variar de 9 a 63, sendo estabelecido que valores iguais ou maiores do que 28 são indicativos da presença de fadiga

3.4.4 Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

A RSES é composta por 10 afirmações referentes a uma gama de sentimentos de autoestima e autoaceitação. As perguntas são respondidas em uma escala do tipo Likert de quatro pontos variando de, concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente (HUTZ; ZANON, 2011).

Rosenberg (1965) considera que a autoestima é a autoavaliação pessoal, a qual implica sentimento de valor, englobando um componente predominantemente afetivo, expresso em uma atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesmo.

3.4.5 Escala de Sono da Doença de Parkinson (PDSS)

A PDSS é uma escala específica para avaliar distúrbios do sono na DP (CHAUDHURI et al., 2002). É composta por 15 questões associadas a distúrbios do sono com base na última semana. A pontuação varia de sempre (0) a nunca (10), com exceção da questão 1, cuja escala varia de ruim (0) a excelente (10). A pontuação máxima é 150 (MARGIS et al., 2009).

Pontuação menor ou igual a 100 define sintomas noturnos preocupantes e pontuações menores que 5 para cada questão, indica um distúrbio do sono (MARTINEZ-MARTIN et al., 2008).

3.4.6 Escala de Ajuste Diádico (DAS)

A DAS é uma ferramenta de autorrelato para avaliar o ajustamento conjugal que consiste em 32 itens. É composto por 4 subescalas de satisfação diádica, coesão, consenso e expressão afetiva, com pontuações que variam de 0 a 5. A pontuação total (soma de todas as questões) varia de 0 a 151. Pontuações mais altas indicam melhor relacionamento. Uma pontuação total abaixo de 101 indica insatisfação (SPANIER, 1976).

3.4.7 Inventário de Depressão de Beck (BDI)

O BDI é amplamente utilizado para rastrear a depressão e para medir as manifestações comportamentais. O BDI compreende 21 questões sobre qualidade e sintomas depressivos e a intensidade varia de 0 a 3, variando de 0-63 pontos (0-13 sem depressão, 14-19 depressão leve, 20-28 moderada, 29-63 depressão grave). A pontuação total é a soma de todos os valores. O BDI tem sido descrito como um instrumento válido para avaliar os sintomas depressivos na DP (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996).

Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbios do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição da libido (CAMPOS; GONÇALVES, 2011).

3.4.8 Índice Internacional de Função Erétil (IIEF) - SS de curto prazo

O Questionário do Índice Internacional de Função Erétil (IIEF) de 15 perguntas é uma investigação validada, multidimensional e auto-administrada. Tem sido recomendado como desfecho primário para ensaios clínicos de disfunção erétil e avaliação diagnóstica da gravidade da disfunção erétil (ROSEN et al., 1997). O questionário é composto por 15 questões, agrupadas em cinco domínios: função erétil, orgasmo, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação geral. Cada questão tem um valor que varia de 1 a 5, e a soma das respostas gera um escore final para cada domínio, com valores baixos indicando má qualidade de vida sexual com base nas últimas quatro semanas (GONZÁLES et al., 2013).

As faixas de pontuação permitem classificar a disfunção erétil (DE) em cinco categorias, com base no domínio da função erétil, com pontuações que variam de 6 a 30: sem DE (26-30); DE leve (22-25); DE leve a moderada (17-21); DE moderada (11-16); DE grave (6-10).

3.4.9 Quociente Sexual - Masculino (QS-M) - SS de longo prazo

Foi construído e validado para a população brasileira de acordo com as especificidades sexuais dos homens. Esse quociente possui 10 questões com cinco possíveis respostas do tipo Likert: 0 (nunca); 1 (raramente); 2 (às vezes); 3 (aproximadamente 50% do tempo); 4 (na maioria das vezes); e 5 (sempre). A pontuação final reflete o padrão de desempenho sexual com base nos últimos seis meses, que pode ser classificado como com disfunção sexual (<60 pontos) e sem disfunção sexual (≥60 pontos). Essa pontuação é obtida somando-se os números correspondentes a cada questão e multiplicando-se por 2 (ABDO, 2006).

4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística descritiva foi utilizada para dados demográficos e clínicos. A Correlação de Ordem de Spearman foi usada para testar correlações entre idade, classificação socioeconômica, DDL, duração da doença, início da doença, H&Y, T-MoCA, MDS-UPDRS I, MDS-UPDRS II, FSS, RSES, PDSS, DAS, BDI com escores totais do IIEF, domínio FE e QS-M, e entre domínio FE do IIEF e QS-M.

Um modelo de regressão múltipla como variáveis preditoras também incluiu todos os fatores que atingiram uma correlação estatística significativa com os escores totais do IIEF, domínio FE e QS-M (variável de resposta).

Além disso, os escores no IIEF e QS-M foram comparados pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov entre participantes com DP de início precoce (EOPD), ou seja, diagnosticados com menos de 50 anos e DP de início tardio (LOPD), ou seja, diagnosticados com idade mais de 50 anos (MEHANNA et al., 2022)

As diferenças foram consideradas estatisticamente significativas para $p < 0,05$. As análises estatísticas foram realizadas usando Statistica versão 13 (TIBCO Software Inc. EUA).

5. RESULTADOS

As características demográficas e clínicas dos participantes são apresentadas na Tabela 1.

Do total de participantes, verificou-se que 31% estavam no Estágio 1, 51% no Estágio 2 e 18% no Estágio 3, segundo a classificação H&Y. Além disso, 68% dos participantes tinham menos de 60 anos e 64% apresentavam EOPD. Vale ressaltar que nenhum dos participantes relatou hipersexualidade de acordo com a última questão do MDS-UPDRS I.

Tabela 1 : Características demográficas e clínicas dos participantes.

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Idade	53,55	10.82
Condição socioeconômica	33.26	10.89
Duração da doença	6.62	4,67
H&Y	1,86	0,68
DDL	566,87	429,52
T-MoCA	19.08	1,82
MDS-UPDRS I	12.81	8.40
MDS-UPDRS II	13.81	9h30
FSS	36,97	16h45

PDSS	98,31	25,28
DAS	110,03	9,44
BDI	11,93	8,90
RSES	16,45	16,45

H&Y: Hoehn e Yahr estágio; DDL: Dose diária de Levodopa; T-MoCA: Telefone - Montreal Cognitive Assessment; MDS-UPDRS: Sociedade de Distúrbios do Movimento – Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson; FSS: Escala de Gravidade da Fadiga; PDSS: Escala de Sono da Doença de Parkinson; DAS: Escala de Ajuste Diádico; BDI: Inventário de Depressão de Beck; RSES: Escala de Autoestima de Rosenberg.

Saúde sexual de curto prazo

O escore total do IIEF, que investigou a SS nas últimas quatro semanas, foi de 55,98±17,8. Os resultados para cada domínio IIEF podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2: Escores dos domínios do IIEF

Domínio	Pontuações máximas	Média	Std.Dev.
Função erétil	30	23,10	8,48
Satisfação sexual	15	9,90	4,11
Orgasmo	10	8,28	2,98
desejo sexual	10	7,35	1,92
Satisfação geral	10	7,35	2,26

IIEF: Índice Internacional de Função Erétil: Satisfação sexual (questões 1, 2 e 3), orgasmo (questões 4 e 5), desejo sexual (questões 6 e 7), satisfação geral (questões 8 e 9), função erétil (questões 10 a 15)

Os escores totais obtidos pelo IIEF tiveram uma fraca correlação positiva estatisticamente significativa apenas com o escore DAS ($R=0,28$, $p<0,02$). O modelo de regressão mostrou que DAS pode prever IIEF com $R^2=.07$ e $Beta=.30$.

O escore médio no domínio função erétil (FE) foi de 23,10±8,48, abaixo do escore mínimo adotado para identificar disfunção erétil (pontuação de corte <26).

As pontuações obtidas pelo domínio FE tiveram uma correlação estatisticamente significativa positiva moderada com os escores T-MoCA e PDSS, uma correlação estatisticamente significativa negativa moderada com os estágios H&Y, MDS-UPDRS I e II, FSS, PDSS e uma correlação negativa estatisticamente significativa fraca com duração da doença, escores RSES e BDI (Tabela 3).

As variáveis duração da doença, T-MoCA, PDSS, estágios H&Y, MDS-UPDRS I e II, FSS, PDSS, RSES e BDI foram incluídas no modelo de regressão múltipla, com apenas o MDS-UPDRS II permanecendo como variável preditora para a FE, que apresentou $R^2=.31$ e $Beta=-.57$.

Tabela 3 : Correlação entre FE, variáveis demográficas e clínicas.

Variáveis	R	p
Idade	R = -.202	p = 0,071
Condição socioeconômica	R = 0,143	p = 0,204
Duração da doença	R = -.262	p = 0,018
H&Y	R = -.340	p = 0,001
DDL	R = -,118	p = 0,293
T-MoCA	R = 0,359	p = 0,001
MDS-UPDRS I	R = -,372	p = .000
MDS-UPDRS II	R = -,478	p = .000
FSS	R = -,320	p = 0,003
PDSS	R = 0,379	p = .000
DAS	R = 0,115	p = 0,362
BDI	R = -.233	p = 0,037
RSES	R = -.268	p = 0,016

FE: Função erétil. H&Y: Hoehn e Yahr estágio; DDL: Dose diária de Levodopa; T-MoCA: Telefone - Montreal Cognitive Assessment; MDS-UPDRS: Sociedade de Distúrbios do Movimento – Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson; FSS: Escala de Gravidade da Fadiga; PDSS: Escala de Sono da Doença de Parkinson; DAS: Escala de Ajuste Diádico; BDI: Inventário de Depressão de Beck; RSES: Escala de Autoestima de Rosenberg.

Saúde sexual de longo prazo

O escore médio do QS-M , que investigou a SS nos últimos seis meses, foi de 78,02±19,2, acima do escore adotado para identificar disfunção sexual (pontuação de corte <60). Os escores médios por domínio podem ser vistos na (Tabela 4).

Tabela 4 : Escores dos domínios do QS-M

Domínio	Pontuações máximas	Média	Std.Dev.
Desejo	05	4.13	1.05
Autoconfiança	05	3.55	1.38
Qualidade das preliminares	05	4.13	1.11
Satisfação da parceria	10	7.91	2.09
Qualidade de ereção	15	11.73	3.75
Controle da ejaculação	05	3.38	1.50
Capacidade de atingir o orgasmo	05	4.40	0.88
Satisfação do indivíduo com o intercurso sexual	05	3.88	1.42

QS-M: Quociente Sexual -Masculino: Desejo (questão 1), autoconfiança (questão 2), qualidade das preliminares (questão 3), satisfação da parceira(o) (questões 3 e 4), qualidade de ereção (questões 5 a 7), controle da ejaculação (questão 8), capacidade de atingir o orgasmo (questão 9) e a satisfação do indivíduo com o intercursos sexual (questão 10).

A pontuação total obtida pelo QS-M teve uma correlação estatisticamente significativa positiva moderada com os escores T-MoCA e DAS, uma correlação estatisticamente significativa positiva moderada com PDSS, uma correlação estatisticamente significativa negativa moderada com MDS-UPDRS I e II, FSS, PDSS, e uma fraca correlação negativa estatisticamente significativa com os estágios H&Y, RSES e escores BDI (Tabela 5).

Tabela 5 : Correlação entre QS-M, variáveis demográficas e clínicas.

Variáveis	R	p
Idade	R = -,117	p = 0,299
Condição socioeconômica	R = 0,198	p = 0,077
Duração da doença	R = -,154	p = 0,171
H&Y	R= -,295	p=0,007
DDL	R = -,097	p = 0,388
T-MoCA	R = 0,252	p = 0,024
MDS-UPDRS I	R = -,328	p = 0,002
MDS-UPDRS II	R = -,411	p =,000
FSS	R = -,343	p = 0,001
PDSS	R = 0,333	p = 0,002
DAS	R = 0,283	p = 0,023
BDI	R = -,290	p = 0,008
RSES	R = -,297	p = 0,007

QS-M: Quociente Sexual – Masculino; H&Y: Hoehn e Yahr estágio; DDL: Dose diária de Levodopa; T-MoCA: Telefone - Montreal Cognitive Assessment; MDS-UPDRS: Sociedade de Distúrbios do Movimento – Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson; FSS: Escala de Gravidade da Fadiga; PDSS: Escala de Sono da Doença de Parkinson; DAS: Escala de Ajuste Diádico; BDI: Inventário de Depressão de Beck. RSES: Escala de Autoestima de Rosenberg.

Além disso, o modelo de regressão múltipla incluiu as variáveis T-MoCA, DAS, PDSS, MDS-UPDRS I e II, FSS, estágios H&Y, RSES, escores BDI incluídos no modelo de regressão múltipla, com apenas o BDI permanecendo no modelo final como preditores independentes para QS-M com $R^2 = .14$ e $Beta = -.40$.

Não houve diferença significativa entre os participantes com EOPD e LOPD.

Finalmente, uma forte correlação positiva foi encontrada entre ED e QS-M ($r = .70$; $p < .000001$).

6 DISCUSSÃO

SS é essencial para manter o bem-estar geral e a saúde. A diminuição da SS tem consequências que vão além do indivíduo e podem afetar as famílias e a sociedade (WHO, 2002). No entanto, faltam pesquisas sobre SS em pessoas com DP. Até onde sabemos, o presente estudo foi o primeiro com o objetivo de investigar o impacto dos aspectos motores, não motores e sociais na SS de curto e longo prazo em HcDP por instrumentos diferentes, mas complementares, desenvolvidos para avaliar a SS.

Nossos resultados mostraram que fatores motores, mentais e sociais têm um papel significativo na determinação da SS. Especificamente, descobrimos que a qualidade do relacionamento do casal teve um impacto na SS geral de curto prazo, o nível de incapacidade motora nas atividades da vida diária (AVD) teve um impacto negativo na SS de curto prazo, especificamente na FE, enquanto a gravidade da depressão teve um impacto negativo na SS de longo prazo. Curiosamente, não encontramos nenhum impacto significativo na SS de fatores como a progressão da doença medida pelo estágio H&Y, idade, início da doença, duração da doença e dose diária de levodopa (DDL), bem como a gravidade dos sintomas não motores. Essas descobertas sugerem que abordar a deficiência motora, a saúde mental e os relacionamentos conjugais pode ser crucial para melhorar a saúde geral dos HcDP.

Em conjunto, várias considerações podem ser feitas com base nos resultados.

Em nosso estudo, utilizamos dois instrumentos diferentes para avaliar a SS em HcDP. A primeira ferramenta, IIEF, avaliou o SS geral e avaliou especificamente a FE nas últimas quatro semanas. A segunda ferramenta, QS-M, teve abordagem qualitativa e avaliou a SS nos últimos seis meses. Ambos os instrumentos mostraram uma forte correlação entre si e uma correlação fraca/moderada com a progressão da doença (estágio H&Y), capacidade cognitiva global (T-MoCA), depressão (BDI), autoestima (RESS), e incapacidade não motora (MDS-UPDRS I e II), fadiga (FSS) e sono (PDSS). No entanto, apenas os escores totais do IIEF e QS-M foram correlacionados com a qualidade dos relacionamentos do casal (DAS). Nossos modelos de regressão múltipla revelaram que diferentes fatores predizem pontuações em cada instrumento, com a qualidade do relacionamento conjugal predizendo SS geral de curto prazo (escore total do IIEF), deficiência motora predizendo domínio FE e depressão predizendo QS-M. Embora a maioria dos estudos anteriores tenha usado o IIEF, principalmente o domínio FE (KOTKOVÁ; WEISS, 2013, FERRUCCI et al., 2016, PEDRO et al., 2020, RACITI et al., 2020, BRONNER et al., 2023) para avaliar SS em HcDP, nossos achados sugerem que a incorporação do questionário QS-M pode fornecer informações adicionais sobre como a DP afeta SS.

Com base em nossos resultados, muitos HcDP experimentam DE. Especificamente, nossos achados mostram que 47% dos HcDP relataram DE com base no IIEF, com 17% experimentando DE moderada a grave. Embora a idade não tenha predito a SS no presente estudo, é importante notar que 28% dos participantes com menos de 60 anos relataram DE. Destes, 13% relataram disfunção moderada a grave. Esses achados se alinham com estudos anteriores que identificaram a DE como a DS mais prevalente entre os HcDP, com taxas de

prevalência variando de 42,6% a 79% (SAKAKIBARA et al., 2001, BRONNER et al., 2004, 2023, KUMMER; CARDOSO; TEIXEIRA, 2009, FERRUCCI et al., 2016). Nossos resultados demonstraram a importância de reconhecer a DE como um sintoma não motor em HcDP. Descobrimos que, embora vários fatores estivessem associados à FE, apenas a incapacidade motora na AVD foi capaz de prever a presença de DE. Pesquisas anteriores também mostraram que indivíduos com DP que apresentam sintomas motores mais graves e incapacidade tendem a experimentar mais DS (BROWN et al., 1990, KOTKOVÁ; WEISS, 2013, JITKRITSADAKUL; JAGOTA; BHIDAYASIRI, 2015, PICILLO et al., 2019, RACITI et al., 2020) e DE (ÖZCAN et al., 2015), o que é consistente com nossos achados. Vários aspectos avaliados pelo MDS-UPDRS parte II podem afetar o desempenho sexual, como mobilidade na cama, capacidade de se vestir e coordenação manual (BRONNER et al., 2004). No entanto, não está totalmente claro como a deficiência motora afeta a função erétil. Nossos achados enfatizam a necessidade de os médicos considerarem o impacto da deficiência motora na saúde sexual em indivíduos com DP e destacam a demanda por mais estudos para entender a relação entre deficiência motora e FE.

Nossos achados mostraram que a gravidade da depressão desempenha um papel crítico na previsão de SS a longo prazo. Isso é consistente com pesquisas anteriores que enfatizam a estreita ligação entre depressão e disfunção sexual. De fato, estudos realizados por Kotková e Weiss (2013), Jitkritisadakul; Jagota, Bhidayasiri (2015), Özcan et al. (2015), Raciti et al. (2020), Vela-Desojo et al. (2020), também relataram resultados semelhantes. Além disso, nosso estudo identificou a gravidade da depressão como um preditor significativo de DS em HcDP, o que é consistente com os achados de Kummer, Cardoso, Teixeira (2009), Kotková e Weiss (2013) e Ferrucci et al. (2016) que apontaram a depressão como preditor de DS em homens e mulheres com DP. Especificamente, para HcDP, níveis mais altos de sintomas de depressão foram associados à diminuição da atividade sexual, conforme relatado por Picillo et al. (2019). Como a depressão é um sintoma não motor comum que pode estar presente antes mesmo de um diagnóstico ser possível, intervenções para prevenir ou reduzir a depressão são cruciais para evitar ou minimizar a diminuição da SS em HcDP.

Embora não houvesse um ponto de corte específico para o diagnóstico de DS com base na pontuação total do IIEF, a pontuação média de 55 obtida foi inferior a 75% da pontuação máxima de 75. Curiosamente, verificou-se que a pontuação total do IIEF foi correlacionada e previsto apenas pela qualidade dos relacionamentos conjugais. Isso sugere que os aspectos gerais do SS de curto prazo, extrapolando a DE, são influenciados pelos aspectos complexos da avaliação do relacionamento conjugal pelo DAS. Estudos anteriores mostraram que a qualidade do relacionamento conjugal está intimamente relacionada ao SS em ambas as direções (BROWN et al., 1990, WIELINSKI et al., 2010, KINATEDER et al., 2022). Nossos achados reforçam a importância de cuidar não só do paciente, mas também da parceria.

Alguns estudos anteriores encontraram associações entre outros sintomas não motores e DS (SOLLA et al., 2012). No entanto, o MDS-UPDRS I, PDSS e FSS, que avaliam sintomas não motores gerais, qualidade do sono e fadiga, respectivamente, embora correlacionados com os escores IIEF e QS-M, não tiveram valor preditivo para ambos no presente estudo. O mesmo foi observado para a auto-estima: apesar de algumas características como baba, suor excessivo, seborreia e hipomímia poderem diminuir a auto-estima (BHATTACHARYYA; ROSA-GRILLO, 2017), os escores RSES, embora correlacionados com os escores IIEF e QS-M, não tiveram valor preditivo para ambos.

Finalmente, embora a medicação dopaminérgica tenha sido correlacionada com DS em HcDP (BHATTACHARYYA; ROSA-GRILO, 2017), a DDL não foi associada com SS no presente estudo.

O presente estudo apresenta alguns pontos fortes: uso de instrumentos genéricos multidimensionais para avaliar SS, qualidade dos relacionamentos do casal, depressão e cognição—Além disso, o uso de instrumentos específicos da doença que avaliam de forma abrangente a disfunção motora e não motora na DP. Os resultados obtidos são promissores e podem servir de base para novas pesquisas na área.

Nosso estudo tem algumas limitações a serem consideradas. Uma das principais limitações é que ele foi concebido como transversal, o que significa que as informações coletadas foram baseadas apenas em dados de um ponto específico no tempo. No entanto, tentamos minimizar essa limitação usando diferentes ferramentas para avaliar a saúde sexual de curto prazo e a saúde sexual de longo prazo. Outra limitação é que o tamanho da amostra pode não permitir uma grande generalização para a população de DP. No entanto, incluímos participantes de 5 áreas geográficas diferentes com grandes diferenças socioculturais, o que pode ter ajudado a minimizar essa limitação. Por fim, não encontramos homens em estágios avançados da DP que relataram vida sexual ativa para serem incluídos no presente estudo, o que também pode ser considerado uma limitação do estudo.

7 CONCLUSÃO

SS foi prejudicada na maioria dos HcDP, independentemente da idade, estágio da doença e início da doença. A qualidade do relacionamento conjugal prediz o SS de curto prazo, a incapacidade motora nas AVD prediz DE, enquanto a gravidade da depressão prediz a SS de longo prazo. Portanto, uma abordagem interdisciplinar para melhorar a qualidade dos relacionamentos conjugais, o desempenho motor nas AVD e o humor depressivo deve estar disponível para HcDP desde os estágios iniciais da doença para evitar o declínio da SS.

8 AGRADECIMENTOS

Este artigo foi produzido como parte das atividades do Centro de Pesquisa, Inovação e Difusão em Neuromatemática FAPESP (Processo nº 2013/ 07699-0, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo).

REFERÊNCIAS

ABDO, C. HELENA N. Elaboração e validação do quociente sexual - versão masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem / Desenvolvimento e validação do quociente sexual masculino - um questionário para avaliar a satisfação sexual masculina. **RBM rev. sutiãs. med** , pág. 42–46, 2006.

BANCROFT JH Sexo e envelhecimento. **O jornal de medicina da Nova Inglaterra** , p. 820–822, 2007.

BHATTACHARYYA, KB; ROSA-GRILO, M. **Disfunções sexuais na doença de Parkinson: um problema subestimado em um transtorno muito discutido** . 1. ed. [sl] Elsevier Inc., 2017. v. 134

BLOEM, B; OKUN, M; KLEIN, C. Doença de Parkinson. **Lancet** , v. 397, n. 10291, pág. 22840–2303, 2021.

BRONNER, G. et al. Disfunção Sexual na Doença de Parkinson. **Journal of Sex and Marital Therapy** , v. 30, n. 2, pág. 95–105, 2004.

BRONNER, G. et al. Correlatos da qualidade de vida sexual em pacientes masculinos e femininos com doença de Parkinson e seus parceiros. **Parkinsonismo e Distúrbios Relacionados** , v. 20, n. 10, pág. 1085–1088, 1 fora. 2014.

BRONNER, G. et al. Necessidades sexuais e função sexual de pacientes com doença de Parkinson. **Ciências Neurológicas** , v. 44, n. 2, pág. 539–546, 2023.

BRONNER, G.; VODUSEK, DB Manejo da disfunção sexual na doença de Parkinson. **Avanços Terapêuticos em Distúrbios Neurológicos** , v. 4, n. 6, pág. 375–383, 2011.

BROWN, E. et al. Função sexual e afeto em homens parkinsonianos tratados com L-dopa. **American Journal of Psychiatry** , v. 135, n. 12, pág. 1552–1555, 1 dez. 1978.

BROWN, RG et al. Função sexual em pacientes com doença de Parkinson e seus parceiros. **Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry** , v. 53, n. 6, pág. 480–486, 1990.

BUHMANN, C. et al. O impacto da doença de Parkinson na sexualidade e relacionamento dos pacientes. **Journal of Neural Transmission** , v. 124, n. 8, pág. 983–996, 2017.

CAVALCANTI, R. C.; LOPES, G. P. Tratamento psicológico da disfunção erétil: manual prático de orientação clínica. p. 128–128, 2005.

CELIKEL, E. et al. Avaliação da disfunção sexual em pacientes com doença de Parkinson: um estudo caso-controle. **European Journal of Neurology** , v. 15, n. 11, pág. 1168–1172, 1 nov. 2008.

CHAUDHURI, KR et al. A escala de sono da doença de Parkinson: um novo instrumento para avaliar o sono e a incapacidade noturna na doença de Parkinson. **Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry** , v. 73, n. 6, pág. 629–635, 2002.

FEIGIN, VL et al. Carga global, regional e nacional de distúrbios neurológicos durante 1990–2015: uma análise sistemática para o Estudo de Carga Global de Doenças de 2015. **The Lancet Neurology** , v. 16, n. 11, pág. 877–897, 2017.

FERRUCCI, R. et al. Sexualidade anormal na doença de Parkinson: fato ou fantasia? **Journal of the Neurological Sciences** , v. 369, p. 5–10, 2016.

GAO, X. et al. Função erétil e risco de doença de Parkinson. **American Journal of Epidemiology** , v. 166, n. 12, pág. 1446–1450, 2007.

GILA BRONNER; SHARON HASSIN-BAER; TANYA GUREVICH. Sexual Preoccupation Behavior in Parkinson's Disease. **Journal of Parkinson's Disease**, v. 7, p. 175–182, 7 fev. 2017.

GOETZ, CG e cols. Revisão patrocinada pela Sociedade de Distúrbios do Movimento da Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (MDS-UPDRS): Apresentação da escala e resultados dos testes clinimétricos. **Distúrbios do Movimento** , v. 23, n. 15, pág. 2129–2170, 2008.

GONZÁLES, AI et al. Validação do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) para uso no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** , v. 101, p. 176–182, 2013.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validação da versão em português do Inventário de Depressão de Beck e do Inventário de Ansiedade Traço-Estado em brasileiros. **Revista Brasileira de Pesquisas Médicas e Biológicas = Revista brasileira de pesquisas médicas e biológicas** , p. 453–457, 1996.

GUO, X. et al. Características relacionadas ao gênero e à idade de início de sintomas não motores de pacientes com doença de Parkinson - Um estudo do sudoeste da China. **Parkinsonismo e Distúrbios Relacionados** , v. 19, n. 11, pág. 961-965, 2013.

HAND, A. et al. Disfunção sexual e de relacionamento em pessoas com doença de Parkinson. **Parkinsonismo e Distúrbios Relacionados** , v. 16, n. 3, pág. 172–176, 1 mar. 2010.

HARTMANN, U. et al. Baixo desejo sexual na meia-idade e mulheres mais velhas: fatores de personalidade, desenvolvimento psicossocial, sexualidade atual. **Menopausa** , v. 11, n. 6 Parte 2 de 2, 2004.

HEILBORN, M. L. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Revista Estudos Feministas**, v. 14, n. 1, p. 43–59, 2006.

HOEHN, MM; YAHR, MD Parkinsonismo: início, progressão e mortalidade. **Neurologia** , v. 17, n. Maio, pág. 427-442, 1967.

HUGHES, AJ e cols. Precisão do diagnóstico clínico da doença de Parkinson idiopática: um estudo clínico-patológico de 100 casos. **Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry** , v. 55, n. 3, pág. 181–184, 1992.

HUTZ, CS; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica** , v. 10, n. 1, pág. 41–49, 2011.

JITKRITSADAKUL, O.; JAGOTA, P.; BHIDAYASIRI, R. Instabilidade postural, ausência de relação sexual no último mês e perda da libido são preditores de disfunção sexual na doença de Parkinson. **Parkinsonismo e Distúrbios Relacionados** , v. 21, n. 1, pág. 61–67, 2015.

KATZ, MJ e cols. T-MoCA: Uma tela de telefone válida para comprometimento cognitivo em diversas amostras da comunidade. **Alzheimer e Demência: Diagnóstico, Avaliação e Monitoramento de Doenças** , v. 13, n. 1, pág. 1–11, 2021.

KINATEDER, T. et al. Disfunções sexuais na doença de Parkinson e sua influência na parceria - dados do estudo PRISM. **Ciências do Cérebro** , v. 12, n. 2, 2022.

KOTKOVÁ, P.; WEISS, P. Fatores psiquiátricos relacionados ao funcionamento sexual em pacientes com doença de Parkinson. **Neurologia Clínica e Neurocirurgia** , v. 115, n. 4, pág. 419–424, 2013.

KUMMER, A.; CARDOSO, F.; TEIXEIRA, AL Perda da Libido na Doença de Parkinson. **The Journal of Sexual Medicine** , v. 6, n. 4, pág. 1024–1031, 1 abr. 2009.

MARGIS, R. et al. Propriedades psicométricas da Escala de Sono da Doença de Parkinson – versão brasileira. **Parkinsonismo e Distúrbios Relacionados** , v. 15, n. 7, pág. 495–499, 1 atrás. 2009.

MARTINEZ-MARTIN, P. et al. Diferenças relacionadas ao gênero na carga de sintomas não motores na doença de Parkinson. **Journal of Neurology** , v. 259, n. 8, pág. 1639-1647, 2012.

MECO, G. et al. Disfunção sexual na doença de Parkinson. **Parkinsonismo e Distúrbios Relacionados** , v. 14, n. 6, pág. 451-456, 2008.

MEHANNA, R. et al. Age Cutoff for Early-Onset Parkinson's Disease: Recommendations from the International Parkinson and Movement Disorder Society Task Force on Early Onset Parkinson's Disease. **Movement Disorders Clinical Practice**, v. 9, n. 7, p. 869–878, 1 out. 2022.

MOORE, O. et al. Qualidade de vida sexual na doença de Parkinson. **Parkinsonismo e Distúrbios Relacionados**, p. 243-246, 2002.

NAKABAYASHI, TIK et al. Prevalência de depressão na doença de Parkinson. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 6, pág. 219–227, 2008.

NG, YF e cols. A associação entre doença de Parkinson e disfunção sexual: correlação clínica e implicações terapêuticas. **Aging Research Reviews**, v. 79, n. Outubro de 2021, pág. 101665, 2022. See More

ÖZCAN, T. et al. A relação da disfunção sexual com a depressão e ansiedade em pacientes com doença de Parkinson. **Acta neuropsiquiátrica**, v. 27, n. 1, pág. 33–37, 2 eliminados. 2015.

PEDRO, T. et al. O impacto da estimulação cerebral profunda na função sexual de pacientes com doença de Parkinson. **O neurologista**, v. 25, n. 3, pág. 55–61, 2020.

PETERNELLA, F. M. N.; MARCON, S. S. Descobrimos a Doença de Parkinson: impacto para o parkinsoniano e seu familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 25–31, jan. 2009.

PETERNELLA, F. M. N.; MARCON, S. S. Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 384–391, 1 abr. 2012.

PICILLO, M. et al. O estudo PRIAMO: a vida sexual ativa está associada a melhores resultados motores e não motores em homens com doença de Parkinson inicial. **European Journal of Neurology**, v. 26, n. 10, pág. 1327–1333, 1 fora. 2019.

RACITI, L. et al. Disfunção Sexual na Doença de Parkinson: Um Estudo Transversal Italiano Multicêntrico sobre um Problema Ainda Negligenciado. **Journal of Sexual Medicine**, v. 17, n. 10, pág. 1914–1925, 2020.

REIJNDERS, JS et al. Uma revisão sistemática de estudos de prevalência de depressão na doença de Parkinson. **Distúrbios do movimento: jornal oficial da Movement Disorder Society**, v. 23, p. 183–313, 2008.

ROJO A et al. Depressão na doença de Parkinson: correlatos clínicos e resultados. **Parkinsonism Relat Disord**, v. 10, p. 23–28, 2003.

ROSEN, RC e cols. O índice internacional de função erétil (IIEF): uma escala multidimensional para avaliação da disfunção erétil. **Urologia** , v. 49, n. 6, pág. 822–830, 1997.

SAKAKIBARA, R. et al. Avaliação baseada em questionário da disfunção de órgãos pélvicos na doença de Parkinson. **Neurociência autônoma: básica e clínica** , v. 92, p. 76–85, 2001.

SCHRAG, A.; SCHOTT, JM Características epidemiológicas, clínicas e genéticas do parkinsonismo de início precoce. **The Lancet Neurology** , v. 5, n. 4, pág. 355–363, 2006.

SILBERMAN, CD e cols. Uma revisão sobre depressão como fator de risco na Doença de Parkinson e seu impacto na cognição. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul** , n. 1, pág. 52–60, 2004.

SINGER, C. et al. Disfunção Sexual em Homens com Doença de Parkinson. **Neurorreabilitação e Reparação Neural** , v. 3, n. 4, pág. 199–204, 1989.

SOLLA, P. et al. Diferenças de gênero em sintomas motores e não motores entre pacientes da Sardenha com doença de Parkinson. **Jornal das ciências neurológicas** , p. 33–39, 2012.

SPANIER, GB Medindo o Ajuste Diádico: Novas Escalas para Avaliar a Qualidade do Casamento e Díades Semelhantes. **Jornal de Casamento e Família** , v. 38, n. 1, pág. 15–28, 17 jul. 1976.

ŠPICA, V. et al. Prevalence of non-motor symptoms in young-onset versus late-onset Parkinson's disease. **Journal of Neurology** , v. 260, n. 1, p. 131–137, 2013.

VALDERRAMAS, S.; FERES, AC; MELO, A. Estudo de confiabilidade e validade de uma versão em português do Brasil da escala de gravidade da fadiga em pacientes com doença de Parkinson. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria** , v. 70, n. 7, pág. 497–500, 2012.

VAN DEN EEDEN, SK et al. Incidência da doença de Parkinson: Variação por idade, sexo e raça/etnia. **American Journal of Epidemiology** , v. 157, n. 11, pág. 1015–1022, 2003.

VARANDA, S. et al. Disfunção sexual em mulheres com doença de Parkinson. **Distúrbios do Movimento** , v. 31, n. 11, pág. 1685–1693, 2016.

VÁZQUEZ-SÁÁNCHEZ, F.; RODRÍGUEZ-MARTÍNEZ, E.; ARÉS-LUQUE, A. Trastornos urinários, disfunção sexual e hipersexualidade na doença de Parkinson. **Rev Neurol** , pág. 27–31, 2010.

VELA-DESOJO, L. et al. Disfunção sexual na doença de Parkinson de início precoce: um estudo transversal e multicêntrico. **Journal of Parkinson's Disease** , v. 10, n. 4, pág. 1621–1629, 2020.

VILLELA, W. Gênero, saúde dos homens e masculinidades. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 01, p. 29–32, 2005.

WEINTRAUB, D. et al. Distúrbios do Controle do Impulso na Doença de Parkinson. **Associação Médica Americana** , v. 67, n. 5, pág. 589-595, 2010.

WELSH, M.; HUNG, L.; WATERS, CH Sexualidade em mulheres com doença de Parkinson. **Distúrbios do Movimento** , v. 12, n. 6, pág. 923–927, 1997.

WERMUTH, L.; STENAGER, E. Problemas sexuais em pacientes jovens com doença de Parkinson. **Acta Neurologica Scandinavica** , v. 91, n. 6, pág. 453-455, 1995.

WHO. **Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

WICHOWICZ, HM et al. Fatores associados à depressão na doença de Parkinson: um estudo transversal em uma população polonesa. **Psiquiatria Europeia** , v. 21, n. 8, pág. 516–520, 2006.

WIELINSKI, C. L. et al. Sexual and Relationship Satisfaction among Persons with Young-Onset Parkinson's Disease. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 7, n. 4, p. 1438–1444, 1 abr. 2010.

WYLIE, K.; KENNEY, G. Disfunção sexual e envelhecimento masculino. **Maturitas** , v. 65, n. 1, pág. 23–27, 2010.

ZHAO, S. et al. A doença de Parkinson está associada ao risco de disfunção sexual em homens, mas não em mulheres: uma revisão sistemática e meta-análise. **The Journal of Sexual Medicine** , v. 16, n. 3, pág. 434–446, 1 mar. 2019.

APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos você para participar de uma pesquisa intitulada: **O IMPACTO DOS ASPECTOS MOTORES, NÃO MOTORES E SOCIAIS NA SAÚDE SEXUAL DE HOMENS VIVENDO COM A DOENÇA DE PARKINSON**

DESCRIÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS – MODO DE APLICAÇÃO

Avaliação

Inicialmente você receberá uma ligação ou uma mensagem para confirmar se concorda em participar do estudo e diante do consentimento será agendando o melhor dia e horário para que possamos realizar a entrevista.

Caso você sinta necessidade, poderá pedir para que um familiar o ajude a responder as questões solicitadas.

Caso você se canse durante a entrevista, poderá pedir para interrompê-la e indicar outro dia e horário para que possamos finalizar as perguntas. Já prevemos que isso aconteça.

Riscos

A participação na pesquisa prevê riscos mínimos como desconforto pelos questionamentos realizados ou cansaço pelo tempo investido.

Benefícios

Você poderá ser beneficiada através deste estudo a medida que as informações fornecidas pelo estudo poderão melhorar as dúvidas relacionadas às questões sexuais.

Privacidade

Eu, como pesquisador responsável, vou definir um código (número) que será utilizado durante todo o estudo para que sua identidade seja mantida em sigilo.

Natureza voluntária do estudo/ Liberdade para se retirar

A sua participação é voluntária e você tem o direito de se retirar por qualquer razão e a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo ou restrição.

Pagamento

Você não receberá nenhuma forma de pagamento.

DECLARAÇÃO

Eu, _____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados e recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Tive tempo suficiente para considerar a informação acima e tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com Bruno Rafael Antunes de Souza ou outro pesquisador responsável. E-mail: bruno_souza@usp.br

Ouçã com atenção e repita caso seja de sua vontade participar deste estudo:

“Eu discuti com Bruno Rafael Antunes de Souza ou com outro pesquisador responsável sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e ou recompensas. Concordo voluntariamente em participar e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o estudo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido neste Serviço.”

Nome completo:

Data:

RG:

CPF:

Tel:

End:

Região:

Nome do Investigador:

Data:

APÊNDICE B – Material Suplementar

MATERIAL SUPLEMENTAR – PARTE 1
Avaliador(a): . Data da avaliação – Parte 1: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> . Fonte de informação: (1) participante (2) participante + familiar/cuidador (solicitou ajuda)
CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA
Código participante: . Data de nascimento: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Idade: <u> </u> . Cidade/estado: <u> </u> / <u> </u> . Região: (1) norte (2) nordeste (3) centro oeste (4) sul (5) sudeste Sexo: (1) feminino (2) masculino Raça: (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena (6) sem declaração Estado civil: (1) nunca se casou (2) casado(a) (3) separado(a) (4) divorciado(a) (5) viúvo(a) (6) mora junto
CARACTERIZAÇÃO ECONÔMICA – CRITÉRIO BRASIL
1. Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio. (1) analfabeto/fundamental I (primário) incompleto. (2) fundamental I (primário) completo/fundamental II (ginásio) incompleto. (3) fundamental (primário+ginásio) completo/médio (colegial) incompleto. (4) médio (colegial) completo/superior (faculdade) incompleto. (5) superior (faculdade) completo.
2. Considerando o trecho da rua onde fica sua moradia atual, você diria que a rua é: (1) asfaltada/pavimentada/calçada. (2) terra/cascalho ou areia grossa.
3. A água utilizada no domicílio da sua moradia atual é proveniente de? (1) rede geral de distribuição. (2) poço ou nascente. (3) outro meio.

4. ITENS DE CONFORTO. Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para um efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que eu vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

4.1 Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular

(0) não possui (1) (2) (3) (4+)

4.2 Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana. (0) não possui (1) (2) (3) (4+)

4.3 Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho.

(0) não possui (1) (2) (3) (4+)

4.4 Quantidade de banheiros. Considera apenas aqueles com a existência de vaso sanitário. (0) não possui (1) (2) (3) (4+)

4.5 DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando o DVD do automóvel. (0) não possui (1) (2) (3) (4+)

4.6 Quantidade de geladeiras.

(0) não possui (1) (2) (3) (4+)

4.7 Quantidade de freezers independentes ou parte de geladeira duplex.

(0) não possui (1) (2) (3) (4+)

4.8 Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks, e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones.

(0) não possui (1) (2) (3) (4+)

4.9 Quantidade de lavadora de roupas.

(0) não possui (1) (2) (3) (4+)

35

4.10 Quantidade de forno-microondas.

(0) não possui (1) (2) (3) (4+)

4.11 Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional. (0) não possui (1) (2) (3) (4+)

4.12 Quantidade de máquinas de secar roupas, considerando lava e seca.

(0) não possui (1) (2) (3) (4+)

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

5. Atualmente, HOJE, quem ajuda no seu cuidado?

(1) me cuido sozinho.

(2) esposo(a).

(3) filho(a).

(4) alguém que pago para isso.

(5) cuidados intercalados entre familiares.

6. Atualmente, você mora com quem?

(1) minha família.

(2) sozinho(a).

(3) filho(a).

(4) cônjuge ou companheiro(a).

(5) outro.

7. Os primeiros sintomas da Doença de Parkinson começaram de que lado do seu corpo?

(1) direito.

(2) esquerdo.

8. Hoje os sintomas da Doença de Parkinson continuam de um lado só ou progrediram para os dois lados do corpo? (1) manteve apenas de um lado.

(2) estão dos dois lados do corpo.

09. Você percebeu com a progressão da Doença de Parkinson (doença avançando) que o seu equilíbrio também começou a piorar?

- (1) sim.
- (2) não.

10. Tempo de diagnóstico da Doença de Parkinson (em anos).

11. Possui doenças associadas?

- (1) sim.
- (2) não.

Quais?

(1) diabetes (2) hipertensão (3) doenças cardiovasculares (4) próstata (5) dislipidemias (6) doenças respiratórias (7) ansiedade (8) depressão (9) outras (qual?)

MEDICAMENTOS

12. Faz uso de medicamentos para tratar a Doença de Parkinson?

- (1) sim
- (2) não

INFORME OS MEDICAMENTOS EM USO, DOSE, FREQUÊNCIA.

13. Faz uso de medicamentos para tratar outras doenças?

- (1) sim.
- (2) não.

INFORME OS MEDICAMENTOS EM USO, DOSE, FREQUÊNCIA.

HÁBITOS DE VIDA

14. Atualmente, possui hábitos de consumo de bebidas alcoólicas?

- (1) sim.
- (2) não.
- (3) já fiz uso.

15. Atualmente, possui hábitos quanto ao uso de tabaco?

- (1) sim.
- (2) não.

36

- (3) já fiz uso.

16. Atualmente, faz uso de drogas?

- (1) sim.
- (2) não.
- (3) já fiz uso.

SAÚDE MENTAL

17. Após o diagnóstico da Doença de Parkinson você teve acompanhamento psicológico?

- (1) sim.
- (2) não.
- (3) pretendo receber ajudas desses profissionais.

18. Atualmente, você encontra-se em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

- (1) sim.
(2) não.

19. Teve ou tem história de compulsividade? Por jogos, compras, sexo...

- (1) sim.
(2) não.
Se sim, qual? (1) compras (2) jogos (3) sexo (4) comida (5) outras.

20. Teve ou tem ideação suicida? Considere após o diagnóstico da Doença de Parkinson.

- (1) sim.
(2) não.

TELEPHONE – MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (TMOCA)

MEMÓRIA: Leia essa lista de palavras para o(a) participante pausadamente e solicite que ele/ela repita por duas tentativas. Lembre-se que as mesmas palavras serão evocadas posteriormente. (NÃO PONTUA)

PALAVRAS: ROSTO – VELUDO – IGREJA – MARGARIDA – VERMELHO

TENTATIVA 1: ROSTO (.) VELUDO (.) IGREJA (.) MARGARIDA (.) VERMELHO (.)

TENTATIVA 2: ROSTO (.) VELUDO (.) IGREJA (.) MARGARIDA (.) VERMELHO (.)

ATENÇÃO: Leia uma sequência de números (1 por segundo). (UM PONTO PARA CADA ACERTO)

O(A) participante deve repetir a sequência em ordem direta 2 1 8 5 4 (.)

O(A) participante deve repetir a sequência em ordem indireta 7 4 2 (.)

Total de pontos: 2

Leia uma série de letras. O(A) participante deve bater com a mão cada vez que ouvir a letra “A”. Não atribuir pontos se o erro for maior ou igual a 2. (UM PONTO).

(.) F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

Total de pontos: 1

Subtração de 7 começando por 100.

(.) 93 (.) 86 (.) 79 (.) 72 (.) 65

OBS.: PONTUAÇÃO: 4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas: 2 pontos; 1 correta: 1 ponto; 0 correta: 0 ponto.

Total de pontos: 3

LINGUAGEM: Leia as seguintes frases e peça para o(a) participante repetir. Uma frase por vez. (UM PONTO PARA CADA ACERTO)

(.) Eu somente sei quem é João quem será ajudado hoje.

(.) O gato sempre se esconde embaixo do sofá quando o cachorro está na sala.

Total de pontos: 2

FLUÊNCIA VERBAL: Diga para mim o maior número de palavras que comecem com a letra F em 1 minuto. (UM PONTO se número de palavras for maior ou igual a 11.

Total de ponto: /1

ABSTRAÇÃO: Antes de você me responder vou mostrar um exemplo de semelhança que existe entre banana + laranja = fruta. Agora você me responde a semelhança entre: (UM PONTO PARA CADA ACERTO)

- trem – bicicleta
 relógio – régua

Total de pontos: /2

EVOCAÇÃO TARDIA: Agora peça para o(a) participante repetir aquelas cinco palavras ditas no início. (UM PONTO PARA CADA ACERTO SEM O USO DE PISTAS)

EVOCAÇÃO SEM PISTAS: ROSTO (.) VELUDO (.) IGREJA (.) MARGARIDA (.) VERMELHO

(.) NÃO PONTUA!!

PISTA DE CATEGORIAS: ROSTO (.) VELUDO (.) IGREJA (.) MARGARIDA (.) VERMELHO (.)
PISTA MÚLTIPLA ESCOLHA: ROSTO (.) VELUDO (.) IGREJA (.) MARGARIDA (.) VERMELHO (.)

Total de pontos: /5

ORIENTAÇÃO: Peça agora para o(a) participante responder as seguintes questões. (UM PONTO PARA CADA ACERTO)

Dia do mês (.) Mês (.) Ano (.) Dia da semana (.) Lugar (.) Cidade

Total de pontos: /6

21. PONTUAÇÃO TMOCA:

MDS-UPDRS – PARTE 1: ASPECTOS NÃO MOTORES DAS EXPERIÊNCIAS DA VIDA DIÁRIA

Leia as questões abaixo e atente-se para as respostas. Após a leitura da questão e caso a resposta seja “NÃO” marque a primeira alternativa que equivale a “0” normal e prossiga para a questão seguinte. Caso a resposta seja “SIM” faz se necessário a leituras das demais alternativas (1 a 4) para entendermos qual a melhor alternativa que se encaixa na realidade vivenciada pelo(a) participante.

DISFUNÇÃO COGNITIVA

22. Durante a ÚLTIMA SEMANA, você teve dificuldades em lembrar das coisas, acompanhar conversas, prestar atenção, pensar claramente ou em orientar-se em casa ou na cidade?

(0) normal: sem disfunção cognitiva.

(1) discreto: disfunção cognitiva identificada pelo paciente ou cuidador, sem interferência concreta na capacidade do paciente desempenhar suas atividades e interações sociais normais.

(2) ligeiro: disfunção cognitiva clinicamente evidente, mas apenas com interferência mínima na capacidade do paciente desempenhar as suas atividades e interações sociais normais.

(3) moderada: as disfunções cognitivas interferem, mas não impedem, que o paciente desempenhe as suas interações sociais normais.

(4) grave: a disfunção cognitiva impede que o paciente desempenhe as suas atividades e interações sociais normais.

ALUCINAÇÕES E PSICOSE

23. Durante a ÚLTIMA SEMANA, viu, ouviu, cheirou ou sentiu coisas que não estavam realmente lá? (0) normal: sem alucinações ou comportamento psicótico.

(1) discreto: ilusões ou alucinações não formadas, mas, o paciente reconhece-as sem perda de noção da realidade. (2) ligeiro: alucinações formadas, independentes de estímulos ambientais. Sem perda de noção de realidade. (3) moderado: alucinações formadas com perda de noção da realidade.

(4) grave: o paciente tem delírios ou paranoias.

HUMOR DEPRESSIVO

24. Durante a ÚLTIMA SEMANA, sentiu-se mal, triste, desesperado ou incapaz de apreciar as coisas? Sem sim, esse sentimento durou mais de um dia de cada vez? Esse sentimento trouxe-lhe dificuldades em desempenhar suas atividades habituais ou em estar com outras pessoas?

(0) normal: sem humor depressivo.

(1) discreto: episódios de humor depressivo que não se prolongam por mais de um dia de cada vez. Sem interferência na capacidade do paciente desempenhar as suas atividades e interações sociais habituais.

(2) ligeiro: humor depressivo mantido por vários dias, mas sem interferência na capacidade do paciente desempenhar as suas atividades e interações sociais habituais.

(3) moderado: humor depressivo que interfere, mas não impede o paciente de desempenhar as suas atividades e interações sociais habituais.

(4) grave: humor depressivo que impede o paciente de desempenhar as suas atividades e interações sociais habituais.

ANSIEDADE

25. Durante a ÚLTIMA SEMANA, sentiu-se nervoso, preocupado ou tenso? Se sim, esse sentimento durou mais de um dia de cada vez? Isso fez com que tivesse dificuldade em realizar as suas atividades habituais ou em estar com outras pessoas?

(0) normal: sem ansiedade.

(1) discreto: sentimento de ansiedade presente, mas não mantido por mais de um dia de cada vez. Sem interferências na capacidade do paciente desempenhar as suas atividades e interações sociais habituais.

(2) ligeiro: sentimento de ansiedade presente e mantido por mais de um dia de cada vez. Sem interferências na capacidade do paciente desempenhar as suas atividades e interações sociais habituais.

(3) moderado: o sentimento de ansiedade interfere, mas não impede o paciente de desempenhar as suas atividades e interações sociais habituais.

(4) grave: o sentimento de ansiedade impede o paciente de desempenhar as suas atividades e interações sociais habituais.

APATIA

26. Durante a ÚLTIMA SEMANA, sentiu-se sem interesse em realizar atividades ou estar com pessoas? (0) normal: sem apatia.

(1) discreta: apatia referida pelo paciente e/ou cuidador, mas sem interferência na realização de suas atividades e interações sociais habituais.

(2) ligeiro: apatia que interfere com atividades e interações sociais esporádicas.

(3) moderado: apatia que interfere com a maioria das atividades e interações sociais.

(4) grave: passivo e completa perda de iniciativa.

ASPECTOS DA SÍNDROME DA DESREGULAÇÃO DOPAMINÉRGICA

27. Durante a ÚLTIMA SEMANA, teve algum desejo extremamente forte e difícil de controlar? Sentiu-se tentado a fazer ou pensar algo e depois teve dificuldade em parar com essa atividade? (jogar, limpar, usar computador, tomar medicação a mais, obsessão por comida ou sexo).

(0) normal: ausência de problemas.

(1) discreto: os problemas estão presentes, mas geralmente não causam dificuldades ao paciente ou família/cuidador. (2)

ligeiro: os problemas estão presentes e geralmente causam algumas dificuldades na vida pessoal e familiar do paciente.

(3) moderado: os problemas estão presentes e geralmente causam muitas dificuldades na vida pessoal e familiar do paciente. (4) grave: os problemas estão presentes e impedem o paciente de desempenhar as atividades habituais e

interações sociais ou impedem a manutenção dos padrões anteriores na vida pessoal e familiar.

PROBLEMAS DO SONO

39

28. Durante a ÚLTIMA SEMANA, você teve algum problema para adormecer à noite ou em permanecer dormindo durante à noite? Considere o quanto descansado se sentiu ao acordar de manhã.

(0) normal: sem problemas.

(1) discreto: os problemas de sono existem, mas habitualmente não impedem que tenha uma noite de sono completa. (2)

ligeiro: os problemas de sono causam habitualmente alguma dificuldade em ter uma noite de sono completa. (3)

moderado: os problemas de sono causam muitas dificuldades em ter uma noite de sono completa, mais habitualmente ainda durmo mais da metade da noite.

(4) grave: habitualmente não consigo dormir a maior parte da noite.

SONOLÊNCIA DIURNA

29. Durante a ÚLTIMA SEMANA, teve dificuldade em manter-se acordado durante o dia? (0) normal: sem sonolência durante o dia.

(1) discreto: tenho sonolência durante o dia, mas consigo resistir e permaneço acordado.

(2) ligeiro: por vezes adormeço quando estou sozinho e relaxado. Por exemplo, enquanto leio ou vejo televisão.

(3) moderado: por vezes adormeço quando não deveria. Por exemplo, enquanto como ou falo com outras

pessoas. (4) grave: adormeço frequentemente quando não deveria. Por exemplo, enquanto como ou falo com outras pessoas.

DOR E OUTRAS SENSACÕES

30. Durante a ÚLTIMA SEMANA, teve sensações desconfortáveis no seu corpo tais como dor, sensação de ardor, formigamento ou câimbras?

(0) normal: não tenho essas sensações desconfortáveis.

(1) discreto: tenho essas sensações desconfortáveis. No entanto, consigo fazer coisas e estar com outras pessoas sem dificuldade.

(2) ligeiro: estas sensações causam alguns problemas quando faço coisas ou estou com outras pessoas. (3) moderado:

estas sensações causam muitos problemas, mas não me impedem de fazer coisas ou estar com outras pessoas. (4) grave:

estas sensações impedem-me de fazer coisas ou de estar com outras pessoas.

PROBLEMAS URINÁRIOS

31. Durante a ÚLTIMA SEMANA, teve problemas em reter a urina? Por exemplo, necessidade urgente de urinar, necessidade de urinar várias vezes, ou perder o controle da urina?

- (0) normal: sem problemas em reter a urina.
- (1) discreto: preciso urinar frequentemente ou tenho urgência em urinar. No entanto, estes problemas não me causam dificuldades nas atividades diárias.
- (2) ligeiro: os problemas com a urina causam-me algumas dificuldades nas atividades diárias. No entanto, não tenho perdas acidentais de urina.
- (3) moderado: os problemas com a urina causam-me muitas dificuldades nas atividades diárias, incluindo perdas acidentais de urina.
- (4) grave: não consigo reter a minha urina e uso fralda ou tenho sonda urinária.

PROBLEMAS DE OBSTIPAÇÃO INTESTINAL (PRISÃO DE VENTRE)

32. Durante a ÚLTIMA SEMANA, teve problemas de obstipação intestinal (prisão de ventre) que lhe tenham causado dificuldade em evacuar?

- (0) normal: sem obstipação intestinal (prisão de ventre).
- (1) discreto: tive obstipação intestinal (prisão de ventre). Faço um esforço extra para evacuar. No entanto, este problema não perturba as minhas atividades ou o meu conforto.
- (2) ligeiro: a obstipação (prisão de ventre) causa-me alguma dificuldade em fazer coisas ou em estar confortável.
- (3) moderado: a obstipação (prisão de ventre) causa-me muita dificuldade em fazer coisas ou em estar confortável. No entanto, não me impede de fazer o que quer que seja.
- (4) grave: habitualmente preciso de ajuda física de outra pessoa para evacuar.

TONTURAS AO SE LEVANTAR

33. Durante a ÚLTIMA SEMANA, sentiu que iria desmaiar, ficou tonto ou com sensação de cabeça vazia quando se levantou, após ter estado sentado ou deitado?

- (0) normal: não tenho a sensação de cabeça vazia ou tonturas.

40

- (1) discreto: tenho a sensação de cabeça vazia ou tonturas, mas não me causam dificuldades em fazer coisas.
- (2) ligeiro: a sensação de cabeça vazia ou de tonturas fazem com que eu tenha de me segurar a alguma coisa, mas não preciso me sentar ou se deitar.
- (3) moderado: a sensação de cabeça vazia ou de tonturas fazem com que eu tenha de me sentar ou se deitar para evitar desmaiar ou cair.
- (4) grave: a sensação de cabeça vazia ou de tonturas fazem com que eu caia ou desmaie.

FADIGA

34. Durante a ÚLTIMA SEMANA, sentiu-se habitualmente fatigado? Esta sensação NÃO é por estar com sono ou triste.

- (0) normal: sem fadiga.
- (1) discreto: sinto fadiga. No entanto, não me causa dificuldade em fazer coisas ou em estar com pessoas.
- (2) ligeiro: a fadiga causa-me alguma dificuldade em fazer coisas ou em estar com pessoas.
- (3) moderado: a fadiga causa-me muita dificuldade em fazer coisas ou em estar com pessoas. No entanto, não me impede de fazer nada.
- (4) grave: a fadiga impede-me de fazer coisas ou de estar com pessoas.

MDS-UPDRS – PARTE 2: ASPECTOS MOTORES DE EXPERIÊNCIA DE VIDA DIÁRIA

Leia as questões abaixo e atente-se para as respostas. Após a leitura da questão e caso a resposta seja “NÃO” marque a primeira alternativa que equivale a “0” normal e prossiga para a questão seguinte. Caso a resposta seja “SIM” faz-se necessário a leituras das demais alternativas (1 a 4) para entendermos qual a melhor alternativa que se encaixa na realidade vivenciada pelo(a) participante.

FALA

35. Durante a ÚLTIMA SEMANA, teve dificuldades com a sua fala?

(0) normal: não (sem problemas).

(1) discreto: a minha forma de falar é com uma voz baixa, arrastada ou irregular, mas os outros não pedem para repetir.

(2) ligeiro: a minha forma de falar faz com que, ocasionalmente, as pessoas me peçam para repetir, mas não todos os dias. (3) moderado: a minha forma de falar é pouco clara, de tal modo que, as pessoas me pedem para repetir todos os dias, apesar da maioria da minha fala ser compreendida.

(4) grave: a maioria ou toda a minha fala não é compreendida.

SALIVA E BABA

36. Durante a ÚLTIMA SEMANA, teve habitualmente excesso de saliva enquanto estava acordado ou enquanto estava dormindo?

(0) normal: não (sem problemas).

(1) discreto: eu tenho saliva em excesso, mas não babo.

(2) ligeiro: eu babo um pouco durante o sono, mas não quando estou acordado.

(3) moderado: eu babo um pouco quando estou acordado, mas habitualmente não preciso de lenço. (4) grave: eu babo tanto que habitualmente preciso usar lenços para proteger minhas roupas.

MASTIGAÇÃO E DEGLUTIÇÃO

37. Durante a ÚLTIMA SEMANA, teve habitualmente problemas em engolir comprimidos ou em comer refeições? Precisam que os seus comprimidos sejam cortados ou amassados ou que as suas refeições sejam pastosas, picadas ou batidas para evitar engasgar-se?

(0) normal: sem problemas.

(1) discreto: estou ciente da minha lentidão ao mastigar ou da minha dificuldade para engolir, mas eu não engasgo nem necessito de ter a minha comida especialmente preparada.

(2) ligeiro: preciso que os meus comprimidos sejam partidos ou que a minha comida seja especialmente preparada devido aos meus problemas em mastigar ou engolir, mas não me engasguei na última semana.

(3) moderado: engasguei-me pelo menos uma vez na última semana.

TAREFAS PARA COMER

41

38. Durante a ÚLTIMA SEMANA, teve habitualmente problemas em manipular os alimentos ou em utilizar ostalheres para comer? Por exemplo, teve dificuldades em manusear a comida com as mãos ou usar garfos, colheres ou pauzinho?

(0) normal: não (sem problemas).

(1) discreto: sou lento, mas não preciso de ajuda para manipular os alimentos e não tenho entornado os alimentos enquanto como.

(2) ligeiro: sou lento com a minha alimentação e ocasionalmente entorno comida. Posso precisar de ajuda em algumas tarefas, como cortar carne.

(3) moderado: preciso de ajuda em muitas tarefas de alimentação, mas consigo fazer algumas tarefas sozinho. (4) grave: preciso de ajuda na maioria ou para todas as tarefas relacionadas com a alimentação.

VESTIR

39. Durante a ÚLTIMA SEMANA, teve habitualmente dificuldade em vestir-se? Por exemplo, é lento ou precisa de ajuda para abotoar os botões, usar fechecler, vestir ou despir a roupa, ou colocar ou retirar jóias? (0) normal: não (sem problemas).

- (1) discreto: sou lento, mas não preciso de ajuda.
- (2) ligeiro: sou lento e preciso de ajuda para algumas tarefas relacionadas com o vestir (botões, braceletes).
- (3) moderado: preciso de ajuda em várias tarefas relacionadas com o vestir.
- (4) grave: preciso de ajuda na maioria ou em todas as tarefas relacionadas com o vestir.

HIGIENE

40. Durante a ÚLTIMA SEMANA, você tem estado lento ou preciso de ajuda para se lavar, tomar banho, barbear, escovar os dentes, pentear o cabelo ou para tarefas de higiene pessoal?

- (0) normal: não (sem problemas).
- (1) discreto: sou lento, mas não preciso de ajuda para nenhuma tarefa.
- (2) ligeiro: preciso de ajuda de outra pessoa para algumas tarefas de higiene.
- (3) moderado: preciso de ajuda para várias tarefas de higiene.
- (4) grave: preciso de ajuda para a maioria ou para todas as tarefas de higiene.

ESCRITA

41. Durante a ÚLTIMA SEMANA, as pessoas tiveram, habitualmente, dificuldades em ler o que escreveu? (0) normal: não (sem problemas).

- (1) discreto: a minha escrita é lenta, desajeitada ou irregular, mas todas as palavras são claras.
- (2) ligeiro: algumas palavras são pouco claras e difíceis de ler.
- (3) moderado: muitas palavras são pouco claras e difíceis de ler.
- (4) grave: a maioria ou todas as palavras são ilegíveis.

PASSATEMPOS E OUTRAS ATIVIDADES

42. Durante a ÚLTIMA SEMANA, teve habitualmente, dificuldades em praticar os seus passatempos ou outras coisas que gosta de fazer?

- (0) normal: não (sem problemas).
- (1) discreto: sou pouco lento, mas faço estas atividades facilmente.
- (2) ligeiro: tenho alguma dificuldade em fazer estas atividades.
- (3) moderado: tenho grandes dificuldades em fazer estas atividades, mais ainda faço a maior parte delas.
- (4) grave: sou incapaz de fazer a maioria ou todas estas atividades.

VIRAR-SE NA CAMA

43. Durante a ÚLTIMA SEMANA, teve, habitualmente, dificuldade em virar-se na cama?

- (0) normal: não (sem problemas).
- (1) discreto: tenho alguma dificuldade, mas não preciso de nenhuma ajuda.
- (2) ligeiro: tenho muita dificuldade em virar-me e ocasionalmente preciso de ajuda de outra pessoa.
- (3) moderado: preciso frequentemente de ajuda de outra pessoa para me virar.
- (4) grave: sou incapaz de me virar sem a ajuda de outra pessoa.

TREMOR

44. Durante a ÚLTIMA SEMANA, teve, habitualmente, tremor?

- (0) normal: não, eu não tenho tremor.
- (1) discreto: o tremor ocorre, mas não me causa problemas em nenhuma atividade.
- (2) ligeiro: o tremor causa problemas apenas em poucas atividades.
- (3) moderado: o tremor causa problemas em muitas atividades diárias.
- (4) grave: o tremor causa problemas na maioria ou em todas as atividades.

SAIR DA CAMA, CARRO OU DE UMA CADEIRA BAIXA

45. Durante a ÚLTIMA SEMANA, teve, habitualmente, dificuldade em levantar-se da cama, do assento do carro, ou de uma cadeira baixa?

- (0) normal: não (sem problemas).
- (1) discreto: sou lento e desajeitado, mas consigo, normalmente, na minha primeira tentativa.
- (2) ligeiro: preciso de mais de uma tentativa para me levantar, ou ocasionalmente preciso de ajuda. (3) moderado: por vezes, preciso de ajuda para me levantar, mas na maioria das vezes consigo fazê-lo sozinho.
- (4) grave: preciso de ajuda a maior parte ou todo o tempo.

MARCHA E EQUILÍBRIO

46. Durante a ÚLTIMA SEMANA, teve, habitualmente, dificuldade em equilibrar-se e em andar? (0) normal: não (sem problemas).

- (1) discreto: sou discretamente lento ou arrasto uma perna. Nunca uso um auxílio para andar.
- (2) ligeiro: ocasionalmente, utilizo um auxílio para andar (bengala, muleta, andador), mas não preciso de ajuda de outra pessoa. (3) moderado: habitualmente, utilizo um auxílio para andar com mais segurança, sem cair. No entanto, geralmente não preciso do apoio de outra pessoa.
- (4) grave: habitualmente, utilizo o apoio de outra pessoa para andar de forma segura, sem cair.

BLOQUEIOS NA MARCHA

47. Durante a ÚLTIMA SEMANA, num dia normal, enquanto anda, fica de repente bloqueado ou parado como se seus pés ficassem colados no chão?

- (0) normal: não (sem problemas).
- (1) discreto: tenho bloqueios breves, mas consigo facilmente começar a andar novamente. Não preciso de ajuda de outra pessoa ou de um auxílio para andar (bengala, muleta ou andador) devido aos bloqueios.
- (2) ligeiro: bloqueio e tenho problemas quando começo a andar novamente, mas não preciso de ajuda de outra pessoa ou de um auxílio para andar (bengala, muleta ou andador) devido aos bloqueios.
- (3) moderado: quando bloqueio tenho muita dificuldade em começar a andar novamente e, devido aos bloqueios, preciso, por vezes, de usar um auxílio para andar (bengala, muleta ou andador) ou a ajuda de outra pessoa.
- (4) grave: devido aos bloqueios, na maior parte do tempo, preciso de usar um auxílio para andar (bengala, muleta ou andador) ou a ajuda de outra pessoa.

Esse questionário terminou. Podemos ter perguntado sobre problemas que você não tem, e que pode nunca vir a desenvolver. Nem todos os pacientes desenvolvem estes problemas, mas como podem ocorrer, é importante perguntar todas essas questões a todos os pacientes.

ESCALA DE SEVERIDADE DE FADIGA – FSS

Agora, eu vou perguntar uma série de afirmativas sobre a sua fadiga. Por fadiga entende-se uma sensação de cansaço, falta de energia ou desprendimento do corpo. Ouça cada alternativa e escolha um número entre 1 e 7, onde 1 indica uma completa desaprovação em suas afirmativas e 7 indica uma completa concordância. Considera as DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.

48. Minha motivação é menos quando estou fatigado? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

49. Exercícios me trazem fadiga? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
50. Eu me fadigo facilmente? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
51. A fadiga interfere com o meu desempenho físico? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
52. A fadiga me causa problemas frequente? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
53. Minha fadiga impede o meu desempenho físico prolongado? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

43

54. A fadiga interfere em continuar com certas obrigações e responsabilidades? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
55. A fadiga está entre os três sintomas mais incapacitantes? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
56. A fadiga interfere no meu trabalho, família ou vida social? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
ESCALA DE AUTOESTIMA
Agora eu preciso que você me responda essas seguintes questões:
<p>57. De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito(a) comigo mesmo(a): (0) concordo plenamente. (1) concordo. (2) discordo. (3) discordo plenamente.</p>
<p>58. Às vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado(a) ou inferior em relação aos outros): (3) concordo plenamente. (2) concordo. (1) discordo. (0) discordo plenamente.</p>
<p>59. Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades: (0) concordo plenamente. (1) concordo. (2) discordo. (3) discordo plenamente.</p>
<p>60. Eu sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que ensinadas): (0) concordo plenamente. (1) concordo. (2) discordo. (3) discordo plenamente.</p>
<p>61. Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que eu não tenho muito do que me orgulhar: (3) concordo plenamente. (2) concordo. (1) discordo. (0) discordo plenamente.</p>

<p>62. Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas); (3) concordo plenamente. (2) concordo. (1) discordo. (0) discordo plenamente.</p>
<p>63. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas: (0) concordo plenamente. (1) concordo. (2) discordo. (3) discordo plenamente.</p>
<p>64. Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a): (3) concordo plenamente. (2) concordo. (1) discordo. (0) discordo plenamente.</p>
<p>65. Quase sempre estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a): (3) concordo plenamente. (2) concordo. (1) discordo. (0) discordo plenamente.</p>
<p>66. Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a): (0) concordo plenamente. (1) concordo. (2) discordo. (3) discordo plenamente.</p>

<p>ESCALA DE SONO PARA A DOENÇA DE PARKINSON – PDSS</p>
<p>Agora eu vou precisar que você classifique algumas questões com base na sua experiência durante a ÚLTIMA SEMANA. Essa escala é composta por 15 questões que quantifica vários aspectos de distúrbios noturnos e problemas do sono na Doença de Parkinson. O escore máximo é 150, definindo ausência de sintomas. Um escore menor ou igual a 100 define sintomas noturnos preocupantes e um limiar menor que 5 para cada item indicaria um distúrbio do sono.</p>
<p>67. A qualidade total do seu sono é: PÉSSIMA (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) EXCELENTE</p>
<p>68. Você tem dificuldades em pegar no sono a cada noite? SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA</p>
<p>69. Você tem dificuldades em permanecer dormindo? SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA</p>
<p>70. Você tem inquietudes nas pernas ou nos braços à tardinha ou à noite causando interrupção no sono? SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA</p>
<p>71. Você se remexe na cama? SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA</p>

<p>72. Você sofre de sonhos perturbadores à noite? SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA</p>
<p>73. Você sofre de alucinações perturbadora à noite (vendo ou ouvindo coisas que lhe dizem que não existem)? SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA</p>
<p>74. Você se levanta à noite para urinar? SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA</p>
<p>75. Você tem incontinência urinária por ficar incapaz de se mover devido aos sintomas “off” (perda da ação dos remédios)? SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA</p>
<p>76. Você tem dormência ou formigamento nos braços ou pernas que lhe acordam à noite? SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA</p>
<p>77. Você tem câimbras musculares dolorosas em seus braços ou pernas enquanto dorme à noite? SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA</p>
<p>78. Você acorda cedo pela manhã numa posição dolorida de pernas e braços? SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA</p>
<p>79. Você tem tremor quando acorda? SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA</p>
<p>80. Você se sente cansado e sonolento após acordar de manhã? SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA</p>
<p>81. Você já adormeceu inesperadamente durante o dia? FREQUENTEMENTE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA</p>

<p>MATERIAL SUPLEMENTAR – PARTE 2</p>
<p>Avaliador(a): . Data da avaliação – Parte 1: <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>. Fonte de informação: participante (2) participante + familiar/cuidador (solicitou ajuda)</p>
<p>ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉTIL – IIEF</p>
<p>Agora vamos falar sobre as respostas sexuais durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS. Por favor, responda essas questões honestamente e claramente o quanto possível. Lembre-se que suas respostas serão mantidas em completo sigilo. Antes de iniciarmos e ao responder aos meus questionamentos, considere as seguintes definições:</p> <p>RELAÇÃO SEXUAL: é definida como a penetração (entrada) do pênis na vagina. ATIVIDADE SEXUAL: pode incluir carícias, masturbação e relação sexual. EJACULAÇÃO: é definida como a ejeção de sêmen pelo pênis (ou a sensação desta ejeção) ESTIMULAÇÃO SEXUAL: inclui situações como carícias preliminares, auto estimulação (masturbação) ou fantasia sexual.</p>

82. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, com que frequência você foi capaz de ter uma ereção durante uma relação sexual?

- (0) sem atividade sexual
- (5) sempre ou quase sempre.
- (4) a maioria das vezes (mais que a metade das vezes).
- (3) algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes).
- (2) poucas vezes (menos que a metade das vezes).
- (1) quase nunca ou nunca.

83. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quando você teve ereções sexuais com estimulação, com que frequência foram suas ereções, duras o suficiente para penetração?

- (0) sem atividade sexual
- (5) sempre ou quase sempre.
- (4) a maioria das vezes (mais que a metade das vezes).
- (3) algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes).
- (2) poucas vezes (menos que a metade das vezes).
- (1) quase nunca ou nunca.

84. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quando você tentou ter relação sexual com que frequência foi capaz de penetrar (entrar) na sua parceira?

- (0) não tentei ter relação sexual
- (5) sempre ou quase sempre.
- (4) a maioria das vezes (mais que a metade das vezes).
- (3) algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes).
- (2) poucas vezes (menos que a metade das vezes).
- (1) quase nunca ou nunca.

85. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, durante uma relação sexual com que frequência você foi capaz de manter sua ereção após ter penetrado na sua parceira?

- (0) não tentei ter relação sexual
- (5) sempre ou quase sempre.
- (4) a maioria das vezes (mais que a metade das vezes).
- (3) algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes).
- (2) poucas vezes (menos que a metade das vezes).
- (1) quase nunca ou nunca.

86. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, durante uma relação sexual, o quanto foi difícil para você manter sua ereção até o fim da relação?

- (0) não tentei ter relação sexual
- (1) extremamente difícil.
- (2) muito difícil.
- (3) difícil.
- (4) pouco difícil.
- (5) não foi difícil.

87. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quantas vezes você tentou ter relação sexual?

- (0) não tentou
- (1) 1-2 tentativas.
- (2) 3-4 tentativas..

- (3) 5-6 tentativas..
- (4) 7-10 tentativas.
- (5) 11 ou mais tentativas.

88. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quando você tentou ter relação sexual com que frequência ela foi satisfatória para você?

- (0) não tentei ter relação sexual
- (5) sempre ou quase sempre.
- (4) a maioria das vezes (mais que a metade das vezes).
- (3) algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes).
- (2) poucas vezes (menos que a metade das vezes).
- (1) quase nunca ou nunca.

89. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, o quanto você aproveitou a relação sexual?

- (0) não teve relação sexual
- (5) aproveitou extremamente.
- (4) aproveitou muito.
- (3) aproveitou um tanto.
- (2) aproveitou muito pouco.
- (1) não aproveitou.

90. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual com que frequência você teve uma ejaculação?

- (0) não teve estimulação sexual ou relação sexual
- (5) sempre ou quase sempre.
- (4) a maioria das vezes (mais que a metade das vezes).
- (3) algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes).
- (2) poucas vezes (menos que a metade das vezes).
- (1) quase nunca ou nunca.

91. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual com que frequência você teve a sensação de orgasmo com ou sem ejaculação?

- (0) não teve estimulação sexual ou relação sexual
- (5) sempre ou quase sempre.
- (4) a maioria das vezes (mais que a metade das vezes).
- (3) algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes).
- (2) poucas vezes (menos que a metade das vezes).
- (1) quase nunca ou nunca.

As próximas questões se referem ao desejo sexual. Vamos definir desejo sexual como uma sensação que pode incluir querer ter uma experiência sexual (por exemplo, masturbação ou relação), pensamento sobre sexo ou sentimento de frustração devido à falta de sexo.

92. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, com que frequência você tem sentido desejo sexual?

- (5) sempre ou quase sempre.
- (4) frequentemente (mais que a metade das vezes).
- (3) algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes).
- (2) poucas vezes (menos que a metade das vezes).
- (1) quase nunca ou nunca.

93. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, o quanto você consideraria o seu nível de desejo sexual?

- (5) muito alto.
- (4) alto.
- (3) moderado.
- (2) baixo.
- (1) muito baixo ou inexistente.

94. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, de modo geral, o quão satisfeito você tem estado com sua vida sexual?

- (5) muito satisfeito.
- (4) moderadamente satisfeito.
- (3) igualmente satisfeito e insatisfeito.
- (2) moderadamente insatisfeito.
- (1) muito insatisfeito.

95. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, de modo geral, o quão satisfeito você tem estado com seu relacionamento com a sua parceira?

- (5) muito satisfeito.
- (4) moderadamente satisfeito.
- (3) igualmente satisfeito e insatisfeito.
- (2) moderadamente insatisfeito.
- (1) muito insatisfeito.

96. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, como você considera a sua confiança em conseguir ter e manter uma ereção?

- (5) muito alta.
- (4) alta.
- (3) moderada.
- (2) baixa.
- (1) muito baixa.

QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO MASCULINA

Eu preciso agora que você me responda com sinceridade e com base nos ÚLTIMOS 6 MESES de sua vida sexual.

Considere a seguinte pontuação:

- (0) nunca**
- (1) raramente**
- (2) às vezes**
- (3) 50% das vezes**
- (4) a maioria das vezes**
- (5) sempre**

97. O seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?

(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) 50% das vezes (4) a maioria das vezes (5) sempre

98. Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?

(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) 50% das vezes (4) a maioria das vezes (5) sempre

99. As preliminares do seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua/seu parceira(o)?

(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) 50% das vezes (4) a maioria das vezes (5) sempre

100. Seu desempenho sexual varia conforme sua/seu parceira(o) seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?

(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) 50% das vezes (4) a maioria das vezes (5) sempre

101. Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?

(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) 50% das vezes (4) a maioria das vezes (5) sempre

102. Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual com satisfação?

(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) 50% das vezes (4) a maioria das vezes (5) sempre

103. Você é capaz de obter e manter a qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?

(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) 50% das vezes (4) a maioria das vezes (5) sempre

104. Você consegue controlar a ejaculação para que o seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?

(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) 50% das vezes (4) a maioria das vezes (5) sempre

105. Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?

(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) 50% das vezes (4) a maioria das vezes (5) sempre

106. Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?

(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) 50% das vezes (4) a maioria das vezes (5) sempre

Como obter o resultado?

Somar os pontos atribuídos a cada questão e multiplicar o total por 2.

RESULTADO = 2 X (Q97 + Q98 + Q99 + Q100 + Q101 + Q102 + Q103 + Q104 + Q105 + Q106)

- (1) 82 - 100 pontos = BOM A EXCELENTE**
- (2) 62 - 80 pontos = REGULAR A BOM**
- (3) 42 - 60 pontos = DESFAVORÁVEL A REGULAR**
- (4) 22 - 40 pontos = RUIM A DESFAVORÁVEL**
- (5) 0 -20 pontos = NULO A RUIM**

ESCALA DE AJUSTAMENTO DIÁDICO – DAS

A maioria das pessoas tem desentendimentos em seus relacionamentos. Por favor, escute as opções abaixo atentamente e indique a extensão aproximada de concordância ou discordância entre você e o seu parceiro(a) em cada alternativa listada a seguir.

Dimensões avaliadas:

- (1) consenso diádico
- (2) satisfação diádica
- (3) coesão diádica
- (4) expressão diádica

107. Manejar, organizar, cuidar das finanças da família, do dinheiro no banco, das contas para pagar etc. Aspectos ligados a finanças familiares.

(5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

108. Assuntos de recreação, lazer, dar ideias de coisas para fazerem juntos para se divertir, escolher o que fazer juntos. Aspectos ligados ao divertimento.

(5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

109. Assuntos religiosos, qual religião que seguem, qual igreja frequentam. Aspectos ligados à religião. (5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

110. Demonstração de afeto, tipo de carinho que você espera e recebe, em que situações (lugares públicos, privados). (5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

111. Em relação aos amigos, gostam dos mesmos amigos?

(5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

112. Em relação as relações sexuais, é frequente, adotar posições diferenciadas, praticam sexo com vontade? (5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

113. Como se comportam em diferentes situações, ficam constrangidos com o comportamento do outro? Aspectos ligados ao convencionalismo, ou seja, considerar o que é comportamento correto.

(5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

114. Filosofia de vida, valores mais importantes na vida.

(5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

115. Modo de lidar com os pais e sogros relacionados a atenção, cuidados e limites. Forma de lidar com os familiares. (5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

116. Metas, objetivos e coisas que acreditam serem importantes e almejam para o futuro. Aspectos relacionados a objetivos e questões consideradas importantes.

(5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

117. Quantidade de tempo gasto juntos, passado em conjunto.

(5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

118. Tomar decisões importantes sobre filhos, dinheiro, saúde, família e negócios.

(5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

119. Tarefas de casa como cuidar na organização das atividades de casa.

(5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

120. Interesse e atividades para lazer nos tempos livres.

(5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

121. Decisões sobre carreira, mudar de emprego, lidar com os problemas no trabalho. Aspectos ligados a decisões profissionais.

(5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

122. Quão frequentemente vocês falam ou consideram terminar o relacionamento? Número de vezes em que pensam em separação?

(5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

123. Quão frequentemente você ou sua(seu) parceira(o) deixaram a casa depois de uma briga, uma discussão? (5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

124. Em geral, quão frequentemente vocês pensam que as coisas entre vocês estão indo bem? Que tudo está indo bem entre vocês e que vocês têm uma boa relação?

(5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

125. Você confia em sua(seu) cônjuge? Confia em todos os sentidos (dinheiro, traição, etc.).

(5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

126. Alguma vez se arrependeu de ter casado?

(5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

127. Quão frequentemente vocês brigam, discutem?

(5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

128. Quão frequentemente vocês se “alfinetam”, trocam ofensas, provocam um ao outro?

(5) sempre concorda (4) quase sempre concorda (3) ocasionalmente discorda (2) frequentemente discorda (1) quase sempre discorda (0) sempre discorda

129. Você beija sua(seu) cônjuge?

(4) todo dia (3) quase todo dia (2) ocasionalmente (1) raramente (0) nunca

130. Você e sua(seu) cônjuge se dedicam a interesse juntos? Fazem coisas que gostam ou tem interesse juntos em atividades fora de casa?

(4) todo dia (3) quase todo dia (2) ocasionalmente (1) raramente (0) nunca

Quão frequentemente vocês se diriam que os seguintes acontecimentos ocorrem entre vocês?

131. Ter uma troca de ideias estimulante, conversarem sobre um problema de forma pacífica e construtiva.

(0) nunca (1) menos de uma vez por mês (2) uma ou duas vezes por mês (3) uma ou duas vezes por semana (4) uma vez por dia (5) mais frequentemente

132. Rir juntos.

(0) nunca (1) menos de uma vez por mês (2) uma ou duas vezes por mês (3) uma ou duas vezes por semana (4) uma vez por dia (5) mais frequentemente

133. Discutir algo calmamente sobre algo que não concordam de forma calma e respeitosa.

(0) nunca (1) menos de uma vez por mês (2) uma ou duas vezes por mês (3) uma ou duas vezes por semana (4) uma vez por dia (5) mais frequentemente

134. Trabalhar juntos num projeto em algo que queiram atingir, construir juntos.

(0) nunca (1) menos de uma vez por mês (2) uma ou duas vezes por mês (3) uma ou duas vezes por semana (4) uma vez por dia (5) mais frequentemente

Estas são coisas sobre as quais os casais às vezes concordam e às vezes discordam, indique qual(is) dos itens abaixo causa(m) diferenças de opiniões ou são problemas na relação de vocês nas ÚLTIMAS SEMANAS.

135. Estar muito cansado para o sexo.

(1) sim

(2) não

136. Não mostrar amor. Não demonstra amor.

(1) sim

(2) não

137. Existem diferentes graus de felicidade na relação. Feliz, representa o grau de felicidade na maior parte das relações. Escute as alternativas abaixo que melhor descreva o seu grau de felicidade, considerando todas as coisas.

(0) extremamente infeliz

(1) bastante infeliz

(2) um pouco infeliz

(3) feliz

(4) muito feliz

(5) extremamente feliz

(6) perfeito

138. Ouça as seguintes alternativas que melhor descreve como você se sente quanto ao futuro do seu relacionamento.

(1) quero desesperadamente que a minha relação dê certo e faria quase qualquer coisa para ver isso acontecer.

(2) quero muito que a minha relação dê certo e vou fazer o possível para isso acontecer.

(3) quero que a minha relação dê certo e vou fazer a minha parte para isso acontecer.

(4) seria bom se a minha relação desse certo, mas me recuso a fazer mais do que estou fazendo agora para manter a relação andando.

(5) minha relação nunca vai dar certo e não há mais nada que possa fazer para manter a relação andando.

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK – BDI

Neste questionário iremos trabalhar com alguns grupos de afirmações. Por favor, escute atentamente cada uma delas e selecione a afirmação que melhor descreve o que você sentiu na SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.

139.

(0) não me sinto triste.

(1) sinto-me triste.

(2) sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.

(3) estou tão triste e infeliz que não consigo suportar.

140.

- (0) não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.
- (1) sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.
- (2) sinto que não tenho nada a esperar.
- (3) sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

141.

- (0) não me sinto fracassado(a)
- (1) sinto que falhei mais que um indivíduo médio.
- (2) quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.
- (3) sinto que sou um completo fracasso.

142.

- (0) eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.
- (1) não tenho satisfação com as coisas, como costumava ter.
- (2) não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.
- (3) estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

143.

- (0) não me sinto particularmente culpado(a).
- (1) sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.
- (2) sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.
- (3) sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.

144.

- (0) não me sinto que esteja a ser punido(a).
- (1) sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
- (2) sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).
- (3) eu odeio-me.

145.

- (0) não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
- (1) sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
- (2) sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).
- (3) eu odeio-me.

146.

- (0) não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
- (1) critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
- (2) culpo-me constantemente pelas minhas faltas.
- (3) culpo-me de todas as coisas más que acontecem.

147.

- (0) não tenho qualquer ideia de me matar.
- (1) tenho ideias de me matar, mas sou incapaz de as concretizar.
- (2) gostaria de me matar.
- (3) matar-me-ia se tivesse oportunidade.

148.

- (0) não costumo chorar mais do que o habitual.
- (1) choro mais agora do que costumava fazer.
- (2) atualmente, choro o tempo todo.
- (3) eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

149.

- (0) não me irrita mais do que costumava.
- (1) fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
- (2) atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).

(3) já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

150.

- (0) não perdi o interesse nas outras pessoas.
- (1) interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
- (2) perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
- (3) perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

151.

- (0) tomo decisões como antes.
- (1) adio minhas decisões mais do que costumava.
- (2) tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- (3) já não consigo tomar qualquer decisão.

152.

- (0) não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
- (1) preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
- (2) sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
- (3) considero-me feio(a).

153.

- (0) não sou capaz de trabalhar tão bem quanto antes.
- (1) preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- (2) tenho que me esforçar muito para fazer qualquer coisa.
- (3) não consigo fazer nenhum trabalho.

154.

- (0) durmo tão bem como habitualmente.
- (1) não durmo tão bem como costumava.
- (2) acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldades em voltar a adormecer.
- (3) acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

155.

- (0) não fico mais cansado que o habitual.
- (1) fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.
- (2) fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
- (3) estou demasiado cansado(a) para qualquer coisa.

156.

- (0) o meu apetite é o mesmo de sempre.
- (1) não tenho tanto apetite como costumava ter.
- (2) o meu apetite, agora, está muito pior.
- (3) perdi completamente o apetite.

157.

- (0) não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
- (1) perdi mais de 2,5kg.
- (2) perdi mais de 5,0kg.
- (3) perdi mais de 7,5kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos?

- (1) sim
- (2) não

158.

- (0) a minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
- (1) preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago ou prisão de ventre.
- (2) estou muito preocupado(a) com os meus problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.
- (3) estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

159.

- (0) não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.
- (1) estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.
- (2) sinto-me, atualmente, muito menos interessada(a) pela vida sexual.
- (3) perdi completamente o interesse pela vida sexual.

PONTUAÇÃO FINAL:

- (1) 0 - 13 MÍNIMO**
- (2) 14 - 19 LEVE**
- (3) 20 - 28 MODERADO**
- (4) 29 - 63 GRAVE**