

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

KÁTIA CIRILO COSTA NÓBREGA

**Aspectos motores, não motores e sociais na saúde sexual de mulheres
vivendo com a doença de Parkinson**

SÃO PAULO
2023

KÁTIA CIRILO COSTA NÓBREGA

**Aspectos motores, não motores e sociais na saúde sexual de mulheres
vivendo com a doença de Parkinson**

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título Mestre em
Ciências.

Programa de Pós Graduação em Ciências
da Reabilitação.

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

**SÃO PAULO
2023**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Nóbrega, Kátia Cirilo Costa
Aspectos motores, não motores e sociais na saúde
sexual de mulheres vivendo com a doença de Parkinson
/ Kátia Cirilo Costa Nóbrega. -- São Paulo, 2023.
Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências da Reabilitação.
Orientadora: Maria Elisa Pimentel Piemonte.

Descritores: 1.Doença de Parkinson 2.Saúde sexual
3.Disfunção sexual 4.Mulheres 5.Cognição 6.Casamento
7.Qualidade de vida

USP/FM/DBD-219/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus. Somente ele sabe de tudo e de todas as coisas em minha vida. Jamais posso me esquecer de Nossa Senhora (nada sem ela). “Tudo o que pedirdes com fé na oração, vós o alcançareis” Mateus 21,22.

Agradeço a paciência de João Pedro e Pedro Henrique (frutos do meu ventre). Minha verdadeira inspiração. Muito obrigada!

Agradeço a minha amiga Raquel Taumaturgo. Exemplo de profissionalismo e dotada de grandes qualidades humanas. Sempre disponível. Muito obrigada!

Agradeço imensamente a profa. Dra. Maria Eliza Pimentel Piemonte, minha orientadora, sem você esse sonho não se concretizava. Muito obrigada!

Agradeço ainda direta e indiretamente a muitas outras pessoas que participaram deste momento especial em minha vida. Não citarei nomes. Muito obrigada!!

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001”

RESUMO

NOBREGA, K.C.N. Aspectos motores, não motores e sociais na saúde sexual de mulheres vivendo com Doença de Parkinson [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação, 2023.

Introdução: A disfunção sexual é um dos sintomas não motores (SNM) comuns entre pessoas com Doença de Parkinson (DP). A saúde sexual (SS) depende de vários fatores biológicos, mentais e sociais que a DP pode afetar. Apesar de sua prevalência e relevância para a qualidade de vida, a disfunção sexual (DS) em mulheres com DP é pouco compreendida e as pesquisas nessa área são escassas. **Objetivo:** Investigar o impacto dos aspectos motores, não motores e sociais na SS de mulheres vivendo com DP. **Método:** Conduzimos um estudo transversal de 100 mulheres (média de idade $54,45 \pm 8,31$, média do estágio H&Y $1,70 \pm 0,71$). Foram coletadas informações demográficas e características clínicas, tais como: a capacidade cognitiva global pela Avaliação Cognitiva Montreal (T- MoCA), os aspectos não motores das experiências da vida diária pelo MDS-UPDRS (parte I), os aspectos motores das experiências da vida diária pela MDS-UPDRS (parte II), fadiga pela Escala de Gravidade da Fadiga (FSS), autoestima pela Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), distúrbios do sono pela Escala de Sono da Doença de Parkinson (PDSS), qualidade do relacionamento pela Escala de Ajustamento Diádico (DAS), sinais depressivos pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI) e, finalmente, a saúde sexual de curto prazo pelo Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) e a saúde sexual de longo prazo pelo Quociente Sexual – Feminina (QS-F) foram documentados para cada paciente por um entrevista remota individual. **Resultados:** Nossos resultados sugerem que sintomas depressivos, estado cognitivo preservado e qualidade do relacionamento são fatores preditivos na saúde sexual de mulheres com DP. Idade, início da doença, duração, pós-menopausa, dosagem de levodopa, incapacidade motora e fadiga não foram correlacionados com a SS. **Conclusão:** Nossos achados enfatizam a necessidade de avaliar o funcionamento sexual de mulheres com DP para investigar quais aspectos motores, não motores e sociais podem estar envolvidos na DS para que medidas possam ser implementadas na prática clínica.

Palavras-chave: Doença de Parkinson. Saúde Sexual. Disfunção sexual. Mulheres.

ABSTRACT

NOBREGA, K.C.N. Motor, non-motor and social aspects in the sexual health of women living with Parkinson's disease [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação, 2023.

Background: Sexual dysfunction is one of the common non-motor symptoms (NMS) among people with Parkinson's Disease (PD). Sexual health (SH) depends on several biological, mental, and social factors that PD may affect. Despite its prevalence and relevance for quality of life, sexual dysfunction (SD) in women with PD is poorly understood, and research in this area is scarce. **Aim:** To investigate the impact of motor, non-motor, and social aspects on the SH of women living with PD. **Method:** We conducted a cross-sectional study of 100 women (mean age 54.45 ± 8.31 , mean H&Y stage mean 1.70 ± 0.71). Demographic information and clinical characteristics were collected, such as: global cognitive capacity by Telephone – Montreal Cognitive Assessment (T-MoCA), the non-motor aspects of daily life experiences by MDS-UPDRS (part I), the motor aspects of daily life experiences by MDS-UPDRS (part II), fatigue by Fatigue Severity Scale (FSS), Self-esteem by Rosenberg's Self-esteem Scale (RSES), sleep disorders by Parkinson's Disease Sleep Scale (PDSS), relationship quality by Dyadic Adjustment Scale (DAS), depressive signals by Beck Depression Inventory (BDI) and finally, short-term sexual health by Female Sexual Function Index (FSFI) and long-term sexual health by Sexual Quotient – Female (SQ-F) were documented for each patient by an individual remote interview. **Results:** Our results suggest that depressive symptoms, preserved cognitive status, and relationship quality are predictive factors in the sexual health of women with PD. Age, disease onset, duration, postmenopausal, Levodopa dosage, motor disability, and fatigue were not correlated with SH. **Conclusion:** Our findings emphasize the need to assess the sexual functioning of women with PD to investigate which motor, non-motor, and social aspects may be involved in SD so that measures can be implemented in clinical practice.

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

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Recrutamento da amostra	16
--	----

LISTA DE TABELAS

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

DP: Doença de Parkinson

DS: Disfunção sexual

EOPD: DP Início Precoce

HSDD: Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo

H&Y: Hoehn e Yahr

FSFI: Índice de Funcionamento Sexual Feminino

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-F: Quociente Sexual - Feminino

T-MoCA: Telefone – Avaliação Cognitiva de Montreal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	14
3 MATERIAL E MÉTODOS	14
3.1 Desenho do estudo e participantes	14
3.2 Recrutamento.....	15
3.3 Procedimentos do estudo	15
3.4 Instrumentos	16
3.5 Análise estatística.....	19
4 RESULTADOS	19
5 DISCUSSÃO	22
REFERÊNCIAS	27
ANEXO A – Apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa	32
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	33
APÊNDICE B – Material Suplementar	34

1 INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é a segunda doença neurodegenerativa mais comum depois da doença de Alzheimer [1]. Mais de 10 milhões de pessoas no mundo são acometidas pela doença [2], que tende a aumentar com o envelhecimento populacional [3].

Clinicamente, a DP tem sido definida pela heterogeneidade dos sintomas motores caracterizados por bradicinesia, tremor, rigidez e instabilidade postural [4]. Além das disfunções motoras, as pessoas com DP apresentam vários sintomas não motores (SNM) [5]. Entre os SNM, a disfunção sexual (DS) é prevalente, pouco compreendida e investigada [6]. No entanto, pessoas com DP relataram DS como um dos 12 sintomas mais incômodos de 24 analisados [7]. Além disso, DS contribui significativamente para a qualidade de vida em pessoas com DP e aumenta a carga médica, social e econômica para pacientes, parceiros sexuais e seus cuidadores [8]. Na verdade, o impacto negativo da DS na qualidade de vida tem sido demonstrado por vários estudos [9,10].

Embora os resultados de um estudo recente de imagens cerebrais tenham mostrado que o transportador de dopamina estriatal reduzido pode estar envolvido com DS [2], a saúde sexual (SS) é um fenômeno complexo no qual, além de causas orgânicas, fatores ambientais e psicológicos também podem estar envolvidos. No entanto, os dados sobre a função sexual na DP são incompletos e muitas vezes contraditórios [11].

Na ausência de quaisquer condições médicas, o processo de envelhecimento demonstrou desempenhar um papel fundamental no desenvolvimento da DS [12]. No entanto, o efeito do envelhecimento na SS em pessoas com DP é uma questão complexa. Vários estudos mostraram que a DS e a satisfação sexual em pessoas com DP pioraram com o envelhecimento [13,14,15,16]. A idade é um fator preditivo independente para o desenvolvimento de disfunção erétil em homens e disfunção sexual em mulheres [17]. A idade de início da DP também parece influenciar a SS. Estudos anteriores mostraram que pessoas com DP de início precoce (EOPD) relataram mais DS [18,19,20,21,22] e mais diminuição da libido e maior dificuldade nas atividades sexuais [23] do que pessoas com DP de início tardio (LOPD).

Sexo é outro fator confuso para a SS. Vários estudos encontraram uma maior prevalência de DS em homens quando comparados as mulheres com DP [9,24]. Outros estudos mostraram prevalência variando de 42,6% a 79% em homens e 36% a 87,5% em mulheres com DP [14,25,26,27]. Em contraste, Wermuth e Stenanger [22] relataram que mulheres jovens com DP foram significativamente mais afetadas do que homens jovens. Além disso, outro estudo revelou que a função sexual geral em pessoas com DP leve a moderada é semelhante para ambos

os sexos [28]. Para abordar as inconsistências em diferentes estudos, uma meta-análise recente envolvendo mais de 30.000 participantes concluiu que apenas homens com DP eram mais propensos a ter DS do que aqueles sem DP. No entanto, mesmo esses achados devem ser interpretados com cautela devido a essa heterogeneidade nos estudos incluídos [29].

Os domínios da SS afetados pela DP são diferentes de acordo com o sexo: Bronner et al. [14] descobriram que as mulheres relataram mais dificuldades com a excitação, orgasmo, baixo desejo sexual e insatisfação sexual, enquanto os homens relataram disfunção erétil, insatisfação sexual, ejaculação precoce e dificuldades em atingir o orgasmo. A libido é mais reduzida em mulheres do que em homens com DP [22]. Kinatader et al. [30] constataram que a DS mais comum nos homens era a disfunção erétil, enquanto nas mulheres as queixas mais frequentes eram disfunção do orgasmo e diminuição da libido. Raciti et al. [31] revelaram que DS foi mais observada em homens do que em mulheres, sendo a perda da libido a principal preocupação sexual para ambos os sexos. A progressão da DS também pode ser afetada pelo gênero: a disfunção sexual masculina aumenta em 7 anos de acompanhamento, enquanto nenhuma alteração na função sexual feminina foi encontrada [32].

Finalmente, a hipersexualidade, definida como aumento da libido e comportamentos repetitivos em direção à gratificação sexual fora dos limites sociais e pessoais aceitos, é mais prevalente em homens (5,2%) do que em mulheres com DP (0,5%) [33].

Embora alguns sintomas motores como rigidez muscular, bradicinesia, tremor e discinesia possam aumentar a dificuldade nas atividades sexuais [34], a relação entre a gravidade da doença e a DS varia de acordo com os estudos. Enquanto alguns estudos mostraram que a DS aumenta com a progressão da doença [18,22,30], outros não mostraram correlação entre eles [16,20,35,37]. Para Wermuth e Stanger [22], os estágios da doença e o tempo de tratamento foram correlacionados com mudanças significativas na libido e na atividade sexual, especialmente em mulheres jovens com DP. O nível reduzido de incapacidade motora está associada a maior atividade sexual em homens com DP [10] e satisfação sexual em homens, mas não em mulheres com DP [38]. Além disso, alguns estudos encontraram uma associação significativa entre a gravidade da doença e DS [22,23,25,36], mas outros não [13,16,18,31]. Curiosamente, Brown et al. revelou que quando as pessoas com DP avaliavam seus níveis de incapacidade, isso era correlacionado com o SS. Em contraste, quando seus parceiros avaliaram o nível de incapacidade do paciente, nenhuma correlação com SS foi encontrada [27].

Dentre os aspectos não motores, a depressão tem sido apontada como o principal fator importante no aumento da DS. Estudos anteriores com mulheres que vivem com outras doenças

crônicas, como diabetes [39], esclerose múltipla [40], insuficiência renal [41] ou doença reumática [42], mostraram que a depressão, em vez da carga da doença física ou gravidade das complicações, é o fator independente que determina a presença ou ausência de DS. Mesmo sem depressão clínica, o humor negativo prejudica a função sexual em mulheres [43]. A depressão é o único fator associado à satisfação sexual e conjugal [9] e o único fator comum para explicar a insatisfação sexual em mulheres e homens com DP [38]. Além disso, Kummer [25] mostrou que a gravidade da depressão foi o principal fator preditor para a perda da libido em pessoas com DP, mas a diminuição do interesse pelo sexo não foi associada à terapia antidepressiva.

Um estudo prospectivo longitudinal de 2 anos [10] descobriu que um nível depressivo mais baixo estava associado a uma maior atividade sexual em homens, mas não em mulheres com DP. A depressão também foi associada à diminuição da intimidade em mulheres e à disfunção erétil e ejaculação precoce em homens com DP [14]. A sintomatologia depressiva também foi correlacionada com a insatisfação do relacionamento de seus pacientes e parceiros em EOPD [44]. Em contraste, outros estudos não encontraram correlação entre depressão e DS [20,37, 45] ou cessação da atividade sexual [14].

O impacto do declínio cognitivo e da SS tem sido pouco investigado. Kummer. descobriram que o declínio cognitivo, embora associado à perda da libido em homens com DP, não teve valor preditivo [25]. Picillo et al. [10] não encontraram correlação entre capacidade cognitiva e atividade sexual em homens e mulheres com DP. Outros SNM, como fadiga, falta de motivação, ansiedade, apatia e tristeza, foram associados à SD, principalmente em mulheres com DP [46]. A ansiedade também foi associada ao SS em pessoas com DP [37].

A associação entre disfunção autonômica e a reposição de dopamina na SS também é controversa. Brown et al. [27] mostraram que, apesar da alta prevalência de disfunção autonômica, esta e a dosagem diária de Levodopa não estavam relacionadas à função sexual geral. Em contraste, outros estudos demonstraram que a disfunção autonômica foi correlacionada com DS [47], particularmente disfunção urinária [21], e uma dose mais alta de Levodopa foi associada à diminuição do desejo em mulheres [14].

Dentre os fatores sociais, vários estudos têm demonstrado que a DS afeta tanto o paciente quanto o parceiro sexual [9,30]. A qualidade do relacionamento matrimonial do casal tem sido bidirecionalmente relacionada a SS. Brown et al. [9] mostraram que os casais em que um dos parceiros tinha DP e que relataram um melhor relacionamento conjugal estavam mais satisfeitos com sua vida sexual e vice-versa. No entanto, a satisfação com o relacionamento conjugal variou entre os sexos: Bronner et al. [48] mostraram que, embora os homens com DP rejeitassem o sexo com menos frequência do que as mulheres e relatassem desejo mais forte,

mais insatisfação com sua vida sexual e relacionamento conjugal em comparação com as mulheres [14].

Até onde sabemos, apenas dois estudos enfocaram a SS em mulheres com DP. Welsh descobriu que as mulheres com DP relataram maior insatisfação com a qualidade de suas experiências sexuais, mais ansiedade, aperto vaginal, micção involuntária, preocupação com os efeitos adversos dos problemas de saúde na SS e insatisfação corporal com o corpo do que os controles. Além disso, as mulheres com DP eram mais depressivas e menos satisfeitas com seus relacionamentos sexuais e com seus parceiros do que o controle [35].

Mais recentemente, Varanda et al. em um estudo comparando a SS em mulheres com e sem DP, encontraram uma variação de 57,4% a 89,9% das mulheres com DP relatando DS contra 79% a 22,6% das mulheres sem DP, conforme a medida adotada. Além disso, eles encontraram a idade e a gravidade da depressão como preditores de DS, enquanto a duração da doença, o nível de incapacidade, a evolução da doença e a medicação antiparkinsoniana não mostraram valor preditivo significativo [16]. Em um estudo recente, Bronner et al. recomendou que mais estudos se concentrassem em mulheres com DP, uma vez que elas experimentam DS desde os primeiros estágios da DP e frequentemente se abstêm de compartilhar suas preocupações sexuais [49].

Dada a extensa gama de fatores que podem afetar a SS e o baixo número de estudos que enfocaram o impacto de diferentes fatores na SS de mulheres com DP, este estudo teve como objetivo investigar aspectos motores, não motores e sociais na saúde sexual de mulheres com DP.

2 OBJETIVO

Investigar os aspectos motores, não motores e sociais de na saúde sexual de mulheres com Doença de Parkinson.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo e participantes

Foi realizado um estudo transversal entre novembro/2021 a novembro/2022. Cem mulheres com DP idiopática leve a moderada foram recrutadas neste estudo. Os critérios de elegibilidade foram (a) mulheres; (b) diagnóstico confirmado de DP idiopática de acordo com os critérios diagnósticos do UK Parkinson's Disease Society Brain Bank [50], 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 distúrbios neurológicos que não a DP e (b) a presença de demência, distúrbios de fala e audição que pudessem prejudicar a 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

As participantes foram recrutadas 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 convidadas 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. Apenas mulheres pesquisadoras foram envolvidas nas entrevistas evitando possíveis constrangimentos quando perguntas íntimas eram feitas.

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.

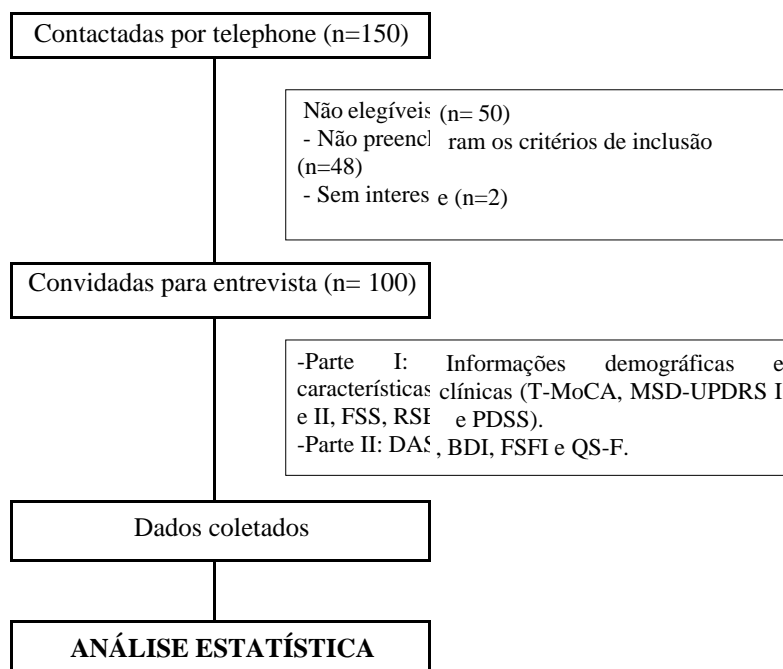


Figura 1 – Recrutamento da amostra.

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, Beck Inventário de Depressão de Beck; FSFI, Índice de Função Sexual Feminina; QS-F, Quociente Sexual – Feminino.

3.4 Instrumentos

3.4.1 Telefone – Avaliação Cognitiva de Montreal (T-MoCA)

O T-MoCA é uma versão adaptada do MoCA 30 administrada por telefone com alterações na pontuação. Foram utilizados os itens do MoCA 30 que não exigiam o uso de lápis e papel ou estímulos visuais, ou seja, o T-MoCA, que possui pontuação máxima de 22 [51].

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

A MDS-UPDRS é uma ferramenta para medir a gravidade e a progressão da doença de Parkinson com base nas dificuldades apresentadas nos últimos sete dias. É composta por quatro partes: Parte I (aspectos não motores das experiências da vida diária), Parte II (experiências motoras da vida diária), Parte III (exame motor) e Parte IV (complicações motoras). Neste estudo, foram utilizadas apenas a parte I e a parte II. Existem 13 questões na parte I da escala que avaliam o impacto não motor da DP das experiências de vida diária dos pacientes. A Parte

II compreende o mesmo número de questões que avaliam os aspectos motores das experiências de vida diária. Cada questão é pontuada entre 0 e 4. Quanto maior a pontuação, pior a gravidade e a progressão da DP [52].

3.4.3 Escala de Severidade da Fadiga (FSS)

A FSS é uma escala de classificação não específica frequentemente usada na doença de Parkinson. Este instrumento contém 9 questões com respostas variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) para indicar seu nível de fadiga de concordância com cada pergunta. A pontuação total é a média das pontuações de 9 questões, com uma pontuação mais alta indicando maior fadiga [53].

3.4.4 Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

A RSES é composta por 10 questões para avaliar a autoestima. As perguntas são respondidas em uma escala do tipo Likert de quantos pontos variam de concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente [54].

3.4.5 Escala de Sono da Doença de Parkinson (PDSS)

A PDSS é uma escala específica para avaliar distúrbios do sono na doença de Parkinson [55]. É composto 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 para PDSS é 150 [56].

3.4.6 Escala de Ajustamento Diádico (DAS)

A DAS é uma ferramenta de autorrelato para avaliar o ajustamento conjugal. Consiste nas quatro subescalas de satisfação diádica, coesão diádica, consenso diádico e expressão afetiva. As pontuações possíveis no teste variam de 0 a 151. A pontuação total é a soma de todas as questões, variando de 0 a 151. As pontuações mais altas indicam melhor relacionamento. Uma pontuação total abaixo de 101 indica insatisfação [57].

3.4.7 Inventário de Depressão de Beck (BDI)

O BDI é amplamente utilizado para rastrear depressão e para medir as manifestações comportamentais e a gravidade da depressão. O BDI compreende 21 questões sobre qualidade e sintomas depressivos, variando de 0-63 pontos (0-13 sem depressão, 14-19 depressão leve, 20-28 moderada, 29-63 depressão grave). A pontuação total é calculada através da soma de todos os valores. O BDI tem sido descrito como um instrumento válido para avaliar os sintomas depressivos na doença de Parkinson [58].

3.4.8 Índice de Função Sexual Feminina (FSFI)

O FSFI é um instrumento de autorrelato multidimensional que avalia a função sexual de mulheres nas últimas quatro semanas [59]. Compreende os seguintes domínios da função sexual feminina: desejo (2 questões), excitação (4 questões), lubrificação (4 questões), orgasmo (3 questões), satisfação (3 questões) e dor (3 questões).

Os 19 itens do FSFI usam uma escala Likert de 5 pontos variando de 1 a 5, com escores mais altos indicando maiores níveis de funcionamento sexual no respectivo item. Para calcular a pontuação total, a soma de cada pontuação de domínio é primeiro multiplicada por uma razão de fator de domínio (0,6 para desejo; 0,3 para excitação; 0,3 para lubrificação; 0,4 para orgasmo; 0,4 para satisfação e 0,4 para dor) para colocar todos os domínios totais em uma escala mais comparável e, posteriormente, somados para derivar uma pontuação total do FSFI.

Quinze dos itens contêm uma opção zero no conjunto de respostas para indicar “nenhuma atividade sexual” (12 itens) ou “não tentou relação sexual” (3 itens) nas últimas 4 semanas. O domínio do desejo é o único domínio que pode ser usado de forma independente: a pontuação de corte de 5 ou menos indica os critérios diagnósticos para Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo (HSDD) [60]. O escore total é calculado pela soma de todos os domínios, com escores variando de 2 a 36 pontos. Pontuações mais altas indicam melhor função sexual; um valor de corte inferior a 26,5 é usado para diagnosticar disfunção sexual em mulheres.

3.4.9 Quociente Sexual – Feminino (QS-F)

O Quociente Sexual – Feminino (QS-F) é um instrumento elaborado para avaliar os aspectos emocionais e funcionais relacionados ao desempenho/satisfação sexual de mulheres nos últimos seis meses. Por meio de 10 questões de autorrelato, avalia desejo e interesse/desejo

sexual (3 questões), preliminares (1 questão), excitação e harmonia com o parceiro (2 questões), conforto (2 questões) e orgasmo e satisfação (2 questões). Cada pergunta deve ser respondida em uma escala que varia de 0 a 5; a pontuação obtida é multiplicada por 2, resultando em uma soma entre 0 e 100, sendo que valores maiores indicam melhor desempenho/satisfação sexual. Os pontos de corte de 60 ou mais são usados para triagem de disfunção sexual [61].

3.5 Análise estatística

A análise estatística descritiva foi utilizada para os dados demográficos e clínicos dos participantes. A Correlação de Ordem de Spearman foi usada para testar a correlação entre idade, classificação socioeconômica, dosagem diária de levodopa, tempo de diagnóstico, H&Y, T-MoCA, MDS-UPDRS I, MDS-UPDRS II, FSS, RSES, PDSS, DAS, BDI com FSFI e SQ-F e entre FSFI e SQ-F. Adicionalmente, um modelo de regressão múltipla como variáveis preditoras incluiu todos os fatores que atingiram uma correlação estatística significativa com o FSFI e o SQ-F (variável de resposta). As diferenças foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de $p < 0,05$. As análises estatísticas foram realizadas usando Statistica versão 13 (TIBCO Software Inc. EUA).

4 RESULTADOS

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

Tabela 1: Características demográficas e clínicas das participantes.

Variáveis	Média	Desvio padrão (DP)
Idade	53.45	8.3
Condição sócio-econômica	35.11	10.5
Dose diária de Levodopa	593.18	288.3
Duração da doença	6.31	5.1
H&Y	1.70	0.7
TMoCA	18.29	2.1
MDS-UPDRS I	11.90	7.7
MDS-UPDRS II	11.79	7.4
FSS	37.35	16.9
RSES	7.11	5.7
PDSS	98.47	25.2
DAS	103.65	20.4
BDI	11.89	7.9

H&Y, Hoehn e Yahr estágio; T-MoCA, Telefone – Avaliação Cognitiva de 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, Beck Inventário de Depressão de Beck.

Função sexual de curta duração.

O escore médio no FSFI foi de 20.93 ± 4.9 , abaixo do escore mínimo adotado para identificar disfunção sexual (pontuação de corte = 26,5). Além disso, o escore médio no domínio Desejo foi de 3.63, valor abaixo do ponto de corte para o diagnóstico de HSDD. Os escores médios por domínio podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2: Escores dos domínios do FSFI.

Domínio	Questão/fator	Pontuação	Média/DP
Desejo	1,2 (0,6)	1.2 – 6	3.63±1.1
Excitação	3,4,5,6 (0,3)	0 – 6	3.11±1.4
Lubrificação	7,8,9,10 (0,3)	0 – 6	3.63±0.9
Orgasmo	11,12,13 (0,4)	0 – 6	3.43±1.0
Satisfação	14,15,16 (0,4) *	0.8 – 6	2.51±1.2
Dor	17,18,19 (0,4)	0 – 6	4.59±2.1
Total		2 – 36	20.93±4.9

*Variação do item 14 = 0 – 5; item 15 e 16 = 1 – 5.
FSFI, Índice de Função Sexual Feminino.

Os escores totais obtidos pelo FSFI tiveram uma correlação estatisticamente significativa positiva fraca com os escores RSES e BDI e uma correlação estatisticamente significativa negativa fraca com os escores DAS (Tabela 3).

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

Variáveis	R	p
Idade	R =.037	p =.757
Condição sócio-econômica	R =-.054	p =.651
Íncio da doença	R=.049	p=.623
Duração da doença	R =.005	p =.965
H&Y	R =.091	p =.443
Dose diária de Levodopa	R =.151	p =.205
Vida pós-menopausa	R=.030	p=.762
TMoCA	R =-.214	p =.070
MDS-UPDRS I	R =.211	p =.074
MDS-UPDRS II	R =.063	p =.599
FSS	R =.115	p =.332
PDSS	R =-.069	p =.563
DAS	R =-.236	p =.046
BDI	R =.324	p =.005
RSES	R =.150	p =.135

FSFI, Índice de Função Sexual Feminino, H&Y, Hoehn e Yahr estágio; T-MoCA, Telefone – Avaliação Cognitiva de Montreal; MDS-UPDRS, Sociedade de Distúrbios do Movimento – Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson; FSS, Escala de Severidade da Fadiga; PDSS, Escala de Sono da Doença de Parkinson; DAS, Escala de Ajustamento Diádico; BDI, Inventário de Depressão de Beck.

Função sexual de longa data.

O escore médio do SQ-F foi $72,92 \pm 21,2$ acima do escore adotado para identificar disfunção sexual (pontuação de corte = 60). Os escores médios por domínio podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4: Escores dos domínios do QS-F.

Domínio	Questão	Pontuação	Média/DP
Interesse/desejo	1,2,8	0 – 5	10.08±3.3
Preliminares	3	0 – 5	4.14±1.2
Excitação/harmonia	4,5	0 – 5	7.38±2.6
Conforto	6,7	0 – 5	4.98±1.6
Orgasmo/satisfação	9,10	0 – 5	6.86±2.7
Total			72.92±21.2

QS-F, Quociente Sexual – Feminino

A pontuação total obtida pelo QS-F teve uma fraca correlação positiva estatisticamente significativa com T-MoCA e PDSS, uma fraca correlação negativa estatisticamente significativa com T-MoCA, MDS-UPDRS I e escores, uma forte correlação positiva estatisticamente significativa com escores DAS e uma forte correlação negativa estatisticamente significativa com o BDI (Tabela 5).

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

Variáveis	R	p
Idade	R = -.092	p = .442
Raça	R = -.009	p = .937
Duração da doença	R = -.222	p = .060
Início da doença	R = -.029	p = .769
H&Y	R = .096	p = .340
Levodopa daily dose	R = -.216	p = .067
Postmenopausal lifetime	R = -.008	p = .936
T-MoCA	R = .311	p = .008
MDS-UPDRS I	R = -.299	p = .011
MDS-UPDRS II	R = -.152	p = .201
FSS	R = -.220	p = .063
PDSS	R = .363	p = .002
RSES	R = -.273	p = .020
DAS	R = .520	p = .000
BDI	R = -.479	p = .000

QS-F, Quociente Sexual – Feminino; H&Y, Hoehn e Yahr estágio; T-MoCA, Telefone – Avaliação Cognitiva de Montreal; MDS-UPDRS, Sociedade de Distúrbios do Movimento – Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson; FSS, Escala de Severidade de Fadiga; PDSS, Escala de Sono da Doença de Parkinson; DAS, Escala de Ajustamento Diádico; BDI, Inventário de Depressão de Beck.

As variáveis DAS, BDI e RSES Score foram incluídas no modelo de regressão múltipla, permanecendo apenas o BDI como variável preditora do FSFI, que apresentou $R^2 = .10$ e Beta

=.15. Além disso, o modelo de regressão múltipla incluiu as variáveis T-MoCA, MDS-UPDRS I, PDSS, DAS, BDI e RSES. Os escores T-MoCA e DAS permaneceram no modelo final como preditores independentes, com $R^2=0.36$ e Beta= 2.67 e 0.47, respectivamente.

Finalmente, uma correlação negativa moderada foi encontrada entre FSFI e QS-F ($r=0,46$; $p<0,0001$).

5 DISCUSSÃO

Embora a saúde sexual (SS) tenha sido reconhecida como um aspecto fundamental da saúde e bem-estar geral de indivíduos, casais e famílias e do desenvolvimento social e econômico de comunidades e países [62], poucos estudos investigaram a DS em pessoas que vivem com DP, principalmente mulheres. Até onde sabemos, o presente estudo foi o primeiro com o objetivo de investigar o impacto dos aspectos motores, não motores e sociais na saúde sexual de curto e longo prazo de mulheres com DP por instrumentos diferentes, mas complementares, desenvolvidos para avaliar função sexual.

Nossos resultados mostraram que, dentre todos os fatores investigados, aspectos mentais, principalmente depressão e cognição, e aspectos sociais como a qualidade do relacionamento conjugal impactaram significativamente a SS de mulheres com DP. Surpreendentemente, a idade, o início da doença e a gravidade da doença controlada pela classificação H&Y, duração da doença e dosagem diária de levodopa não tiveram impacto significativo na DS. Além disso, a gravidade dos sintomas não motores e o nível de incapacidade motora medida pelas seções I e II da MDS-UPDRS, respectivamente, também não tiveram impacto decisivo na DS.

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

No presente estudo, além de usar um instrumento específico para mulheres, o FSFI, que avalia a SS nas últimas quatro semanas, nossos achados são reforçados pelo uso da versão feminina do QS-F. Este instrumento detalhado fornece uma abordagem qualitativa complementar da função sexual feminina com base nos últimos seis meses. Portanto, decidimos usar ambos os testes para suprimir suas limitações. Embora os resultados de ambos os instrumentos tenham mostrado correlação moderada entre si e com os mesmos fatores, como depressão, autoestima e qualidade do relacionamento do casal, o QS-F se correlacionou com um número maior de fatores do que o FSFI, incluindo cognição e gravidade de sintomas não motores.

Além disso, os resultados dos modelos de regressão múltipla confirmaram que os escores do FSFI e do QS-F podem ser preditos por diferentes fatores: enquanto a gravidade da depressão foi o único fator capaz de prever o FSFI, a capacidade cognitiva global e a qualidade do relacionamento do casal foram os melhores preditores para o QS-F de longa data. Com base nesta evidência, embora a maioria dos estudos anteriores que investigam DS em pessoas com DP tenham usado FSFI [16,17,21,28,31,38,49], a adição de uma avaliação a longo prazo por QS-F pode oferecer um impacto mais abrangente da doença na DS. Além disso, outra vantagem do QS-F consiste em possíveis aplicações para ambos os sexos, permitindo a investigação do efeito do gênero na SS em estudos posteriores.

De acordo com nossos achados, quase 90% das mulheres com DP (88%) sofriam de DS com base no FSFI e 78% com base no QS-F. Além disso, de acordo com o domínio Desejo do FSFI, 88% das mulheres preenchem os critérios diagnósticos para HSDD. Dentre os estudos que investigaram a DS em mulheres com DP, Varanda et al. [16] encontraram DS em 86,9% das mulheres com DP e 79,0% em controles pareados. Kotková e Weiss [38] encontraram 75,8% das mulheres com DP relatando DS. Além disso, Pedro et al. [17] mostraram que DS foi relatada em 77,8% das mulheres com DP tratadas com DBS-STN (estimulação cerebral profunda – núcleo subtalâmico). Finalmente, Raciti et al. [31] descobriram que apenas 53% das mulheres com DP relataram DS.

Mais importante ainda, a ausência de correlação entre DS e idade ou gravidade da doença sugere que esse tipo de disfunção não motora existe mesmo em mulheres jovens com DP. Vários estudos mostraram que DS e satisfação sexual em pessoas com DP (homens e mulheres) pioraram com o envelhecimento e progressão da doença [13,14,15,37]. Os resultados desses estudos foram obtidos principalmente com homens, o que pode explicar em parte a discrepância com nossos resultados. No entanto, a idade avançada previu DS mesmo em estudos incluindo apenas mulheres com DP [16,35].

No presente estudo, 36% das mulheres tinham menos de 50 anos, o que atende aos critérios de EOPD. No entanto, não houve correlação entre o início da doença e a SS a curto e longo prazo. Estudos anteriores mostraram que a DS é uma disfunção não motora frequente na EOPD e pode ser subestimada [19,21]. Apesar do aumento da prevalência de DS em mulheres saudáveis na pós-menopausa [63], não encontramos correlação entre pós-menopausa e DS. Com base em nossos resultados, DS é uma questão essencial para mulheres com DP, independentemente da idade, início da doença e estágios da doença.

Assim, uma intervenção terapêutica adequada deve estar disponível desde o início da doença até os estágios moderados da DP. Bronner et al. [49] já destacaram que o

aconselhamento sexual deve se concentrar em mulheres com DP, uma vez que elas vivenciam DS desde os primeiros estágios da DP e têm dificuldade em relatar sua frustração e preocupação com sua SS.

A medicação dopaminérgica tem sido correlacionada com DS em homens [6] e mulheres [14]. No entanto, no presente estudo, a dosagem diária de Levodopa não foi associada à DS. Varanda et al. [16] também não encontraram diferença na dosagem de levodopa e na presença ou ausência de DS em mulheres com DP.

A gravidade da depressão foi o único fator correlacionado com SS de curta e longa duração, embora capaz de prever apenas DS de curta duração. Estudos anteriores que investigaram a relação entre DS e depressão na DP mostraram que a gravidade da depressão estava associada à perda da libido sexual [25], satisfação sexual e conjugal [9,38], diminuição da intimidade em mulheres e disfunção erétil e ejaculação precoce em homens [14] e diminuição da atividade sexual em homens [10].

Os resultados dos dois estudos anteriores, que incluíram apenas mulheres com DP, confirmam o impacto negativo da depressão na SS. Welsh [35] mostrou que mulheres com DP apresentaram maior depressão do que controles, e o maior nível de depressão foi associado à diminuição da libido. Varanda et al. [16] mostraram que a gravidade dos sintomas depressivos poderia prever o SS em mulheres com DP.

Assumindo que 54,9% das mulheres com DP relatam sintomas depressivos e 15,7% das mulheres apresentam sintomas depressivos maiores [64], aprofundar a investigação da relação entre depressão e DS em pessoas com DP é uma questão crítica a ser investigada em estudos posteriores. Além disso, intervenções terapêuticas para diminuição da depressão podem ter efeitos positivos no DS de mulheres que vivem com DP. Essa questão também deve ser investigada em estudos futuros.

Enquanto a depressão foi um fator independente para prever a DS de curta duração, a melhor capacidade cognitiva global e a qualidade do relacionamento do casal foram os fatores capazes de prever os DS de longa duração. Embora o declínio cognitivo seja um dos sintomas não motores mais prevalentes na DP [65], com cerca de 20% a 30% das pessoas com DP já apresentando comprometimento cognitivo leve no momento do diagnóstico [66,67], estudos que investigam a relação entre declínio e SS na DP são escassos.

Hand et al. não encontrou associação entre SD e cognição [20], enquanto Kummer não encontrou valor preditivo de cognição para perda de libido, embora ambos estivessem correlacionados [25]. Em ambos os estudos, a cognição foi avaliada pelo Mini Exame do Estado Mental (MMSE). O MoCA tem sido considerado uma ferramenta mais adequada para avaliar

a capacidade cognitiva global da DP do que o MMSE. Assim, melhor sensibilidade do MoCA para declínio cognitivo leve [68] pode explicar, pelo menos em parte, os presentes resultados. O lento declínio da capacidade cognitiva observado na DP pode afetar o DS de longo prazo, mas não o de curto prazo. Supostamente, a intervenção para diminuir o declínio cognitivo pode prevenir a diminuição futura da DS. Essa questão deve ser investigada em estudos posteriores.

No presente estudo, os escores da DAS foram correlacionados com SS de curto e longo prazo, e melhor qualidade de relacionamento previu melhor SS de longo prazo. Alguns estudos anteriores investigaram a relação entre a qualidade do relacionamento de um casal e DS. Brown et al. mostraram que a maioria das mulheres com DP e seus parceiros tiveram escores dentro da faixa de normalidade para satisfação conjugal. Em contraste, os homens com DP e suas parceiras encontraram a insatisfação conjugal mais significativa [9]. Maior satisfação conjugal foi associada a melhor DS para mulheres e homens. Bronner et al. encontraram resultados semelhantes com mulheres e homens com DP: quando seu relacionamento foi classificado como bom, sua satisfação sexual foi classificada como razoável [48].

Outros estudos com pessoas sem DP mostraram que um dos fatores críticos que influenciam a saúde sexual é o ajustamento dos parceiros entre si: quando o ajustamento diádico é defeituoso, a função sexual é afetada negativamente ou, inversamente, quando a saúde sexual diminui, o ajustamento diádico também pode ser afetado negativamente [69]. Wielinski et al [44] também mostraram que a insatisfação sexual está correlacionada com a insatisfação no relacionamento em homens e mulheres com DP. Esses achados reforçam a importância de oferecer intervenção para o casal, e não apenas para a paciente, para melhorar ou manter a qualidade do relacionamento mesmo diante de doenças crônicas e incapacitantes.

Alguns estudos anteriores encontraram associações entre sintomas não motores e DS [46]. No entanto, o escore obtido pela MDS-UPDRS I, embora correlacionado com SS de longa duração, não teve valor preditivo no presente estudo. Isso foi observado para a autoestima: apesar de algumas características como salivação, sudorese excessiva, seborreia e hipomímia poderem diminuir a autoestima [6], os escores RSES, embora correlacionados com SS de curto e longo prazo, não tiveram valor preditivo para ambos.

Alguns pontos fortes do presente estudo devem ser destacados: o uso de instrumentos genéricos multidimensionais para avaliar SS de curto e longo prazo, qualidade do relacionamento, depressão e cognição como instrumentos específicos da doença que avaliam de forma abrangente a disfunção motora e não motora na DP.

Nosso estudo tem algumas limitações. Em primeiro lugar, o desenho transversal do estudo pode representar a principal limitação por causa das informações baseadas em dados

coletados para um ponto específico no tempo. No entanto, incluir diferentes ferramentas para avaliar a SS a curto e longo prazo pode ter minimizado essa limitação. Além disso, a amostra pode não ser grande o suficiente para permitir uma grande generalização para a população de DP. No entanto, incluir participantes de 5 áreas geográficas diferentes, com grandes diferenças socioculturais, de um país com área continental pode ter minimizado essa limitação. Por fim, a ausência de mulheres em estágios avançados com DP que relataram vida sexual ativa também pode ser considerada uma limitação do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Bronner G, Aharon-Peretz J, Hassin-Baer S. Sexuality in patients with Parkinson's disease, Alzheimer's disease, and other dementias. *Handb Clin Neurol*. 2015; 130:297-323.
2. Contaldi E, Magistrelli L, Gallo S, Comi C. Striatal dopamine transporter imaging in Parkinson's disease drug-naïve patients: focus on sexual dysfunction. *Neurol Sci*. 2022;43(8):4769-4776.
3. Shalash A, Hamid E, Elrassas H, Abushouk AI, Salem HH. Sexual dysfunction in male patients with Parkinson's disease: related factors and impact on quality of life. *Neurol Sci*. 2020;41(8):2201-2206.
4. Obeso JA, Stamelou M, Goetz CG, et al. Past, present, and future of Parkinson's disease: A special essay on the 200th Anniversary of the Shaking Palsy. *Mov Disord*. 2017;32(9):1264-1310.
5. Chaudhuri KR, Healy DG, Schapira AH; National Institute for Clinical Excellence. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: diagnosis and management. *Lancet Neurol*. 2006;5(3):235-245.
6. Bhattacharyya KB, Rosa-Grilo M. Sexual Dysfunctions in Parkinson's Disease: An Underrated Problem in a Much-Discussed Disorder. *Int Rev Neurobiol*. 2017; 134:859-876.
7. Politis M, Wu K, Molloy S, G Bain P, Chaudhuri KR, Piccini P. Parkinson's disease symptoms: the patient's perspective. *Mov Disord*. 2010;25(11):1646-1651.
8. Ng YF, Chen CY, Chia GT, Tan BBJ, Chan LL, Tan EK. The association between Parkinson's disease and Sexual dysfunction: Clinical correlation and therapeutic implications. *Ageing Res Rev*. 2022; 79:101665.
9. Brown RG, Jahanshahi M, Quinn N, Marsden CD. Sexual function in patients with Parkinson's disease and their partners. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1990;53(6):480-486.
10. Picillo M, Palladino R, Erro R, et al. The PRIAMO study: active sexual life is associated with better motor and non-motor outcomes in men with early Parkinson's disease. *Eur J Neurol*. 2019;26(10):1327-1333.
11. Meco G, Rubino A, Caravona N, Valente M. Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2008;14(6):451-456.
12. Wylie K, Kenney G. Sexual dysfunction, and the ageing male. *Maturitas*. 2010;65(1):23-27.
13. Moore O, Gurevich T, Korczyn AD, Anca M, Shabtai H, Giladi N. Quality of sexual life in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2002;8(4):243-246.
14. Bronner G, Royter V, Korczyn AD, Giladi N. Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *J Sex Marital Ther*. 2004;30(2):95-105.

15. Jacobs H, Vieregge A, Vieregge P. Sexuality in young patients with Parkinson's disease: a population-based comparison with healthy controls. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000;69(4):550-552.
16. Varanda S, Ribeiro da Silva J, Costa AS, et al. Sexual dysfunction in women with Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2016;31(11):1685-1693.
17. Pedro T, Sousa M, Rito M, Pereira R, Januário C, Moreira F. The Impact of Deep Brain Stimulation on the Sexual Function of Patients with Parkinson's Disease. *Neurologist*. 2020;25(3):55-61.
18. Özcan T, Benli E, Özer F, Demir EY, Kaya Y, Ayyıldız A. The association between symptoms of sexual dysfunction and age at onset in Parkinson's disease. *Clin Auton Res*. 2016;26(3):205-209.
19. Guo X, Song W, Chen K, et al. Gender and onset age-related features of non-motor symptoms of patients with Parkinson's disease--a study from Southwest China. *Parkinsonism Relat Disord*. 2013;19(11):961-965.
20. Hand A, Gray WK, Chandler BJ, Walker RW. Sexual and relationship dysfunction in people with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2010;16(3):172-176.
21. Vela-Desojo L, Urso D, Kurtis-Urra M, et al. Sexual Dysfunction in Early-Onset Parkinson's Disease: A Cross-Sectional, Multicenter Study. *J Parkinsons Dis*. 2020;10(4):1621-1629.
22. Wermuth L, Stenager E. Sexual problems in young patients with Parkinson's disease. *Acta Neurol Scand*. 1995;91(6):453-455.
23. Spica V, Pekmezović T, Svetel M, Kostić VS. Prevalence of non-motor symptoms in young-onset versus late-onset Parkinson's disease. *J Neurol*. 2013;260(1):131-137.
24. Martinez-Martin P, Schapira AH, Stocchi F, et al. Prevalence of nonmotor symptoms in Parkinson's disease in an international setting; study using nonmotor symptoms questionnaire in 545 patients. *Mov Disord*. 2007;22(11):1623-1629.
25. Kummer A, Cardoso F, Teixeira AL. Loss of libido in Parkinson's disease. *J Sex Med*. 2009;6(4):1024-1031.
26. Sakakibara R, Shinotoh H, Uchiyama T, et al. Questionnaire-based assessment of pelvic organ dysfunction in Parkinson's disease. *Auton Neurosci*. 2001;92(1-2):76-85.
27. Brown E, Brown GM, Kofman O, Quarrington B. Sexual function and affect in parkinsonian men treated with L-dopa. *Am J Psychiatry*. 1978;135(12):1552-1555.
28. Ferrucci R, Panzeri M, Ronconi L, et al. Abnormal sexuality in Parkinson's disease: fact or fancy? *J Neurol Sci*. 2016; 369:5-10.

29. Zhao S, Wang J, Xie Q, et al. Parkinson's Disease Is Associated with Risk of Sexual Dysfunction in Men but Not in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med.* 2019;16(3):434-446.
30. Kinateder T, Marinho D, Gruber D, Hatzler L, Ebersbach G, Gandor F. Sexual Dysfunctions in Parkinson's Disease and Their Influence on Partnership-Data of the PRISM Study. *Brain Sci.* 2022;12(2):159. Published 2022 Jan 25.
31. Raciti L, De Cola MC, Ortelli P, et al. Sexual Dysfunction in Parkinson Disease: A Multicenter Italian Cross-sectional Study on a Still Overlooked Problem. *J Sex Med.* 2020;17(10):1914-1925.
32. Stewart CB, Ledingham D, Foster VK, et al. The longitudinal progression of autonomic dysfunction in Parkinson's disease: A 7-year study. *Front Neurol.* 2023; 14:1155669. Published 2023 Apr 12.
33. Weintraub D, Claassen DO. Impulse Control and Related Disorders in Parkinson's Disease. *Int Rev Neurobiol.* 2017; 133:679-717.
34. Bronner G, Vodusek DB. Management of sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Ther Adv Neurol Disord.* 2011;4(6):375-383.
35. Welsh M, Hung L, Waters CH. Sexuality in women with Parkinson's disease. *Mov Disord.* 1997;12(6):923-927.
36. Celikel E, Ozel-Kizil ET, Akbostanci MC, Cevik A. Assessment of sexual dysfunction in patients with Parkinson's disease: a case-control study. *Eur J Neurol.* 2008;15(11):1168-1172.
37. Özcan T, Benli E, Demir EY, Özer F, Kaya Y, Haytan CE. The relation of sexual dysfunction to depression and anxiety in patients with Parkinson's disease. *Acta Neuropsychiatr.* 2015;27(1):33-37.
38. Kotková P, Weiss P. Psychiatric factors related to sexual functioning in patients with Parkinson's disease. *Clin Neurol Neurosurg.* 2013;115(4):419-424.
39. Maiorino MI, Bellastella G, Castaldo F, Petrizzo M, Giugliano D, Esposito K. Sexual function in young women with type 1 diabetes: the METRO study. *J Endocrinol Invest.* 2017;40(2):169-177.
40. Zivadinov R, Zorzon M, Bosco A, et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: II. Correlation analysis. *Mult Scler.* 1999;5(6):428-431.
41. Peng YS, Chiang CK, Kao TW, et al. Sexual dysfunction in female hemodialysis patients: a multicenter study. *Kidney Int.* 2005;68(2):760-765.
42. Anyfanti P, Pyrpasopoulou A, Triantafyllou A, et al. Association between mental health disorders and sexual dysfunction in patients suffering from rheumatic diseases. *J Sex Med.* 2014;11(11):2653-2660.

43. Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, Ruffer-Hesse C. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause*. 2004 Nov-Dec;11(6 Pt 2):726-40.
44. Wielinski CL, Varpness SC, Erickson-Davis C, Paraschos AJ, Parashos SA. Sexual and relationship satisfaction among persons with young-onset Parkinson's disease. *J Sex Med*. 2010;7(4 Pt 1):1438-1444.
45. Rodríguez-Violante M, Cervantes-Arriaga A, Berlanga-Flores C, Ruiz-Chow A. Prevalence and determinants of depression in Mexican patients with Parkinson's disease. *Clin Neurol Neurosurg*. 2012;114(10):1293-1296.
46. Solla P, Cannas A, Ibba FC, et al. Gender differences in motor and non-motor symptoms among Sardinian patients with Parkinson's disease. *J Neurol Sci*. 2012;323(1-2):33-39.
47. Koller WC, Vetere-Overfield B, Williamson A, Busenbark K, Nash J, Parrish D. Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Clin Neuropharmacol*. 1990;13(5):461-463.
48. Bronner G, Cohen OS, Yahalom G, et al. Correlates of quality of sexual life in male and female patients with Parkinson disease and their partners. *Parkinsonism Relat Disord*. 2014;20(10):1085-1088.
49. Bronner G, Peleg-Nesher S, Manor Y, et al. Sexual needs and sexual function of patients with Parkinson's disease. *Neurol Sci*. 2023;44(2):539-546.
50. Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L, Lees AJ. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinico-pathological study of 100 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1992;55(3):181-184.
51. Katz MJ, Wang C, Nester CO, et al. T-MoCA: A valid phone screen for cognitive impairment in diverse community samples. *Alzheimers Dement (Amst)*. 2021;13(1):e12144.
52. Goetz CG, Tilley BC, Shaftman SR, et al. Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): scale presentation and clinimetric testing results. *Mov Disord*. 2008;23(15):2129-2170.
53. Valderramas S, Feres AC, Melo A. Reliability and validity study of a Brazilian-Portuguese version of the fatigue severity scale in Parkinson's disease patients. *Arq Neuropsiquiatr*. 2012;70(7):497-500.
54. Hutz CS, Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg: Revision of the adaptation, validation, and normatization of the Roserberg self-esteem scale. *Aval. psicol*. 2011 Abr [citado 2023 maio 03] 10(1) 41-49. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712011000100005&lng=pt.
55. Chaudhuri KR, Pal S, DiMarco A, et al. The Parkinson's disease sleep scale: a new instrument for assessing sleep and nocturnal disability in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;73(6):629-635.

56. Margis R, Donis K, Schönwald SV, et al. Psychometric properties of the Parkinson's Disease Sleep Scale--Brazilian version. *Parkinsonism Relat Disord.* 2009;15(7):495-499.
57. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: new scale for assessing the quality of the marriage and similar dyads. *J Marriage Fam.* 1976; 38:15–28.
58. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res.* 1996;29(4):453-457.
59. Thiel RR, Dambros M, Palma PC, et al. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index [Translation into Portuguese, cross-national adaptation and validation of the Female Sexual Function Index]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008 Oct;30(10):504-10. Portuguese.
60. Gerstenberger EP, Rosen RC, Brewer JV et al. Sexual desire, and the female sexual function index (FSFI): a sexual desire cutpoint for clinical interpretation of the FSFI in women with and without hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med.* 2010 Sep;7(9):3096-103.
61. Abdo, CHN (2006). Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Med* 63(9):477–482.
62. World Health Organization (2002). Defining sexual health: report on technical consultation on sexual health (p.4). http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf accessed 2023.
63. Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, et al. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4):755-764.
64. van der Hoek TC, Bus BA, Matui P, van der Marck MA, Esselink RA, Tendolkar I. Prevalence of depression in Parkinson's disease: effects of disease stage, motor subtype and gender. *J Neurol Sci.* 2011;310(1-2):220-224.
65. Roheger M, Kalbe E, Liepelt-Scarfone I. Progression of Cognitive Decline in Parkinson's Disease. *J Parkinsons Dis.* 2018;8(2):183-193.
66. Lawson RA, Yarnall AJ, Duncan GW, et al. Stability of mild cognitive impairment in newly diagnosed Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2017;88(8):648-652.
67. Santangelo G, Vitale C, Picillo M, et al. Mild Cognitive Impairment in newly diagnosed Parkinson's disease: A longitudinal prospective study. *Parkinsonism Relat Disord.* 2015;21(10):1219-1226.
68. Zadikoff C, Fox SH, Tang-Wai DF, et al. A comparison of the mini mental state exam to the Montreal cognitive assessment in identifying cognitive deficits in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2008;23(2):297-299.
69. Namli Z, Karakuş G, Tamam L. Assessment of Dyadic Adjustment and Sexual Functions in Patients with Bipolar Disorder. *Noro Psikiyatrs Ars.* 2018;55(2):171-176. Published 2018 May 2.

ANEXO A – Apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPORTAMENTO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA DE

Pesquisador: Kátia Cirilo Costa Nóbrega

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39971420.0.0000.0003

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.391.741

Apresentação do Projeto:

1. INTRODUÇÃO 1.1 ASPECTOS GERAIS DA DOENÇA DE PARKINSON Coube a James Parkinson a primeira descrição da Doença de Parkinson (DP) que até os dias atuais leva seu nome através da publicação em um ensaio intitulado "An Essay on the Shaking Pulse", no ano de 1817, descrevendo os primeiros sinais da doença (TEIVE, 1998; TYSNES; STORSEIN, 2017). Trata-se de um transtorno idiopático e degenerativo do sistema nervoso central com espectro de sinais e sintomas motores e não motores, progressiva, irreversível multissistêmica, interligada ao processo do envelhecimento com perda seletiva de neurônios dopaminérgicos e presença de corpos de Lewy na parte compacta da substância negra do mesencéfalo causando degeneração no circuito dos núcleos da base com comprometimento acentuado do controle motor (BARBOSA; SALLEM, 2005; FERREIRA et al., 2010; BRONNER; VODUSEK, 2011; SOUZA et al., 2011; BEITZ, 2014; BRONNER; KORSCZYN, 2017; JURADOCORONEL, 2017). A DP é a segunda mais frequente e mais comum em idosos após a doença de Alzheimer afetando cerca de 3% da população aos 65 anos de idade e cerca de 5% com idade superior aos 85 anos, podendo estar presentes em pessoas jovens (BEITZ, 2014; JURADO-CORONEL

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02

Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280

UF: AP **Município:** MACAPA

Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos você para participar de uma pesquisa intitulada: **ASPECTOS MOTORES, NÃO MOTORES E SOCIAIS NA SAÚDE SEXUAL DE MULHERES QUE CONVIVEM 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 a 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 fornecida pelo estudo poderão melhorar as dúvidas relacionadas as questões sexuais.

Privacidade

Eu, como pesquisadora 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 Kátia Cirilo Costa Nóbrega ou outro pesquisador responsável. E-mail: cirilo_katia@yahoo.com.br.; katiacirilo@usp.br .

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

“Eu discuti com Kátia Cirilo Costa Nóbrega 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: ____ / ____ / ____. Fonte de informação: (1) participante (2) participante + familiar/cuidador (solicitou ajuda)
CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA
Código participante: _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____. Cidade/estado: _____ / _____. 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+)

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.

(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” faça 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

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.

- (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

38. Durante a ÚLTIMA SEMANA, teve habitualmente problemas em manipular os alimentos ou em utilizar os talheres 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)

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:
57. De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito(a) comido mesmo(a): (0) concordo plenamente. (1) concordo. (2) discordo. (3) discordo plenamente.
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.
59. Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades: (0) concordo plenamente. (1) concordo. (2) discordo. (3) discordo plenamente.
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.
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.
62. Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas); (3) concordo plenamente. (2) concordo. (1) discordo. (0) discordo plenamente.
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.
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.
65. Quase sempre estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a): (3) concordo plenamente. (2) concordo. (1) discordo. (0) discordo plenamente.
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.

ESCALA DE SONO PARA A DOENÇA DE PARKINSON – PDSS

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.

67. A qualidade total do seu sono é:

PÉSSIMA (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) EXCELENTE

68. Você tem dificuldades em pegar no sono a cada noite?

SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA

69. Você tem dificuldades em permanecer dormindo?

SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA

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

71. Você se remexe na cama?

SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA

72. Você sofre de sonhos perturbadores à noite?

SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA

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

74. Você se levanta à noite para urinar?

SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA

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

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

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

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

79. Você tem tremor quando acorda?

SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA

80. Você se sente cansado e sonolento após acordar de manhã?

SEMPRE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA

81. Você já adormeceu inesperadamente durante o dia?

FREQUENTEMENTE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) NUNCA

APÊNDICE II – MATERIAL SUPLEMENTAR

MATERIAL SUPLEMENTAR – PARTE 2

Avaliador(a): _____.

Data da avaliação – Parte 1: ____ / ____ / ____.

Fonte de informação:

participante (2) participante + familiar/cuidador (solicitou ajuda)

ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA – FSFI

Agora vamos falar sobre seus sentimentos e 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:

ATIVIDADE SEXUAL: pode incluir carícias, masturbação e relação sexual.

RELAÇÃO SEXUAL: é definida como a penetração (entrada) do pênis na vagina.

ESTIMULAÇÃO SEXUAL: inclui situações como carícias preliminares, autoestimulação (masturbação) ou fantasia sexual.

Desejo ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentir-se à vontade para a iniciação sexual com um parceiro(a) e pensar ou fantasiar como se estivesse fazendo sexo.

82. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

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

83. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

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

Excitação sexual é um sentimento que inclui aspectos físicos e mentais de excitação sexual. Pode incluir um sentimento de calor ou formigamento nos órgãos genitais, lubrificação (umidade), ou contrações de músculos.

84. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quantas vezes você se sentiu excitada durante a atividade sexual ou relação sexual?

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

85. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, como você classificaria seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual ou relação sexual?

- (0) nenhuma atividade sexual.
- (1) muito alto.
- (2) alto.
- (3) moderado.
- (4) baixo.
- (5) muito baixo ou nenhum.

86. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quão confiante você esteve em ficar excitada durante a atividade sexual ou relação sexual?

- (0) nenhuma atividade sexual.
- (1) confiança muito alta.
- (2) confiança alta.
- (3) confiança moderada.
- (4) baixa confiança.
- (5) muito baixa ou nenhuma confiança.

87. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quantas vezes você ficou satisfeita com a sua excitação durante a atividade sexual ou relação sexual?

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

Lubrificação

88. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quantas vezes você ficou lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou relação sexual?

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

89. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, o quanto foi difícil ficar lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou relação sexual?

- (0) nenhuma atividade sexual
- (1) extremamente difícil ou impossível.
- (2) muito difícil.
- (3) difícil.
- (4) ligeiramente difícil.
- (5) não foi difícil.

90. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quantas vezes você manteve lubrificada até o final da atividade sexual ou relação sexual?

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

91. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, o quanto foi difícil manter sua lubrificação até o final da atividade sexual ou relação sexual?

- (0) nenhuma atividade sexual
- (1) extremamente difícil ou impossível.
- (2) muito difícil.
- (3) difícil.
- (4) ligeiramente difícil.
- (5) não foi difícil.

Orgasmo

92. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, quantas vezes você atingiu o orgasmo (clímax)?

- (0) nenhuma atividade sexual.
- (1) sempre ou quase sempre.
- (2) a maioria das vezes (mais que a metade do tempo).
- (3) algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo).

(4) poucas vezes (menos que a metade do tempo).

(5) quase nunca ou nunca.

93. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, o quanto foi difícil atingir o orgasmo (clímax)?

(0) nenhuma atividade sexual

(1) extremamente difícil ou impossível.

(2) muito difícil.

(3) difícil.

(4) ligeiramente difícil.

(5) não foi difícil.

94. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quanto satisfeita você esteve com a sua habilidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou relação sexual?

(0) nenhuma atividade sexual.

(1) muito satisfeita.

(2) moderadamente satisfeita.

(3) igualmente satisfeita e insatisfeita.

(4) moderadamente insatisfeita.

(5) muito insatisfeita.

Satisfação

95. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quanto satisfeita você esteve com a intensidade de intimidade emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

(0) nenhuma atividade sexual.

(1) muito satisfeita.

(2) moderadamente satisfeita.

(3) igualmente satisfeita e insatisfeita.

(4) moderadamente insatisfeita.

(5) muito insatisfeita.

96. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quanto satisfeita você esteve com a relação sexual com o seu parceiro?

(1) muito satisfeita.

(2) moderadamente satisfeita.

(3) igualmente satisfeita e insatisfeita.

(4) moderadamente insatisfeita.

(5) muito insatisfeita.

97. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quanto satisfeita você esteve com a sua vida sexual como um todo?

(1) muito satisfeita.

(2) moderadamente satisfeita.

(3) igualmente satisfeita e insatisfeita.

(4) moderadamente insatisfeita.

(5) muito insatisfeita.

Dor

98. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, com que frequência você experimentou dor ou desconforto durante a penetração vaginal?

(0) nenhuma tentativa de relação sexual.

(1) sempre ou quase sempre.

(2) a maioria das vezes (mais que a metade do tempo).

(3) algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo).

(4) poucas vezes (menos que a metade do tempo).

(5) quase nunca ou nunca.

99. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, com que frequência você experimentou dor ou desconforto após a penetração vaginal?

(0) nenhuma tentativa de relação sexual.

(1) sempre ou quase sempre.

(2) a maioria das vezes (mais que a metade do tempo).

- (3) algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo).
 (4) poucas vezes (menos que a metade do tempo).
 (5) quase nunca ou nunca.

100. Nas ÚLTIMAS 4 SEMANAS, como você classificaria o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- (0) nenhuma tentativa de relação sexual.
 (1) muito grande.
 (2) grande.
 (3) moderado.
 (4) pequeno.
 (5) muito pequeno ou nenhum.

QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO FEMININA

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

Desejo e interesse sexual: 101, 102, 108.

Preliminares: 103.

Excitação e sintonia com o parceiro: 104, 105.

Conforto na relação sexual: 106, 107.

Orgasmo e satisfação sexual: 109, 110.

101. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?

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

102. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?

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

103. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos) a estimulam a continuar a relação sexual?

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

104. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?

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

105. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada por sexo?

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

106. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?

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

107. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?

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

108. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?

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

109. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações que realiza?

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

110. A satisfação que você consegue obter com a relação lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?

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

111. MENOPAUSA: (1) sim (2) não

112. REPOSIÇÃO HORMONAL: (1) sim (2) não

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

113. 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

114. 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

115. 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

116. 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

117. 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

118. 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

119. 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

120. 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

121. 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

122. 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

123. 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

124. 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

125. 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

126. 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

127. 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

128. 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

129. Quão frequentemente você ou seu(sua) parceiro(a) 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

130. 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

131. Você confia em seu(sua) cônjuge?

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

132. 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

133. 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

134. 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

135. Você beija seu(sua) cônjuge?

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

136. Você e seu(sua) 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?

137. 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

138. 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

139. 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

140. 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.

141. Estar muito cansado para o sexo.

(1) sim

(2) não

142. Não mostrar amor. Não demonstra amor.

(1) sim

(2) não

143. 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

144. 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.

145.

- (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.

146.

- (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.

147.

- (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.

148.

- (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.

149.

- (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.

150.

- (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.

151.

- (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.

152.

- (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.

153.

- (0) não costumo chorar mais do que o habitual.

<p>(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.</p>
<p>154. (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.</p>
<p>155. (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.</p>
<p>156. (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.</p>
<p>157. (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).</p>
<p>158. (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.</p>
<p>159. (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.</p>
<p>160. (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.</p>
<p>161. (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.</p>
<p>162. (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.</p> <p>Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos? (1) sim (2) não</p>
<p>163. (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.</p>
<p>164. (0) não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual. (1) estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.</p>

- (2) sinto-me, atualmente, muito menos interessada(a) pela vida sexual.
- (3) perdi completamente o interesse pela vida sexual.