

DISFUNÇÃO SEXUAL NA ESCLEROSE MÚLTIPLA

ARTIGO DE REVISÃO

Ana Marta Barreto Mota

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Endereço de correio eletrónico: anamota_2@hotmail.com

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	4
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	5
INTRODUÇÃO	6
MATERIAL E MÉTODOS	8
SEXUALIDADE E DIREITOS SEXUAIS	9
RESPOSTA SEXUAL	10
SEXUALIDADE NOS DOENTES CRÓNICOS	11
ESCLEROSE MÚLTIPLA	11
DISFUNÇÃO SEXUAL NA ESCLEROSE MÚLTIPLA.....	14
PREVALÊNCIA DA DISFUNÇÃO SEXUAL NA ESCLEROSE MÚLTIPLA	17
DISFUNÇÃO SEXUAL E A QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA.....	22
ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR.....	24
CONCLUSÃO	28
AGRADECIMENTOS.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS.....	34

RESUMO

A disfunção sexual entende-se por qualquer alteração que pode surgir nas várias fases da resposta sexual – desejo, excitação e orgasmo, atingindo ambos os sexos; pode ter uma causa orgânica, psicológica ou mista. Dentro das causas orgânicas, inclui-se a esclerose múltipla, doença inflamatória crónica desmielinizante do Sistema Nervoso Central, que surge frequentemente entre os 20 e 40 anos de idade, coincidindo com o período de maior atividade sexual do ser humano. Como tal, um dos sintomas importantes, é a disfunção sexual.

Os objetivos desta revisão são apurar a prevalência deste sintoma em cada sexo, o tipo de transtorno mais frequente, compreender se contribui para a deterioração da qualidade de vida e qual a abordagem atual destes doentes.

Como metodologia recorreu-se à base de dados PubMed, e a pesquisa foi realizada com um horizonte temporal de 14 anos. Utilizou-se ainda referências de livros e de sites pertinentes.

Concluiu-se que a disfunção sexual é um sintoma prevalente da esclerose múltipla, que ocorre até 80% nas mulheres e até 90% nos homens. A diminuição da libido é frequente em ambos os sexos, sendo a disfunção erétil e a alteração do orgasmo, as queixas mais comuns no homem e na mulher, respetivamente. Apesar de não existirem muitos estudos nesta área, verifica-se que a disfunção sexual tem um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes, e que é ainda pouco reportada e subdiagnosticada pelos profissionais de saúde. Uma abordagem multidisciplinar, com contributo importante do urologista, pode permitir o diagnóstico precoce deste sintoma, e uma terapêutica mais direcionada.

Palavras chave: disfunção sexual; esclerose múltipla; sexualidade; funcionamento sexual; atividade sexual.

ABSTRACT

Sexual dysfunction is an alteration that may occur at different stages of sexual response – desire, arousal and orgasm; affects both sexes and can have an organic, psychological or mixed cause. Multiple sclerosis, a chronic inflammatory demyelinating disease of the central nervous system, is a common organic cause of sexual dysfunction, which arises between 20 and 40 years old, period of increased sexual activity in a human.

The aim of this review is to investigate the prevalence of this symptom on both sexes, the most common type disorder, understand whether it contributes to decrease the quality of life, and what the current management of patient's.

PubMed was the database used, and the research was conducted with a time horizon of 14 years. Also books and websites references were used.

In conclusion, sexual dysfunction is a prevalent symptom of multiple sclerosis, which happens until 80% in women's and 90% in men. Decreased libido is often on both sexes, erectile dysfunction and orgasm changes are the most common complaints in man and women, respectively. Although, there are few studies about this area, it seems like sexual dysfunction has a negative impact in patient's quality of life, and it still is poorly reported or under diagnosed by health professionals. A multidisciplinary approach, with substantial contribution of the urology, could allow early diagnosis of this symptom, and more targeted therapy.

Keywords: sexual dysfunction; multiple sclerosis; sexuality; sexual functioning; sexual activity.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DS - Disfunção sexual

EM – Esclerose Múltipla

SNC – Sistema Nervoso Central

EDSS - Expanded Disability Status Scale

MMSE – Mini Mental State Examination

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

MSQoL-54 – Multiple Sclerosis Quality of Life – 54

SEA-MS-F - Dysfunction Management and Expectations Assessment in Multiple Sclerosis - Female

MSISQ-19 - Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire

INTRODUÇÃO

A sexualidade compreende o conhecimento, as atitudes, os valores, e os comportamentos sexuais de cada indivíduo. Como tal, a sua expressão é influenciada por fatores de natureza ética, espiritual, cultural e moral, e vai refletir-se na saúde física e mental.(1)

Todo o ser humano tem o direito de ser livre de discriminação e de outras condicionantes que possam comprometer o seu relacionamento ou resposta sexual.

A atividade sexual demonstrou ter um grande impacto na determinação da qualidade de vida, uma vez que afeta a autoestima, autoimagem e as relações interpessoais. Como tal a disfunção sexual (DS) interfere com o bem - estar, realizações pessoais, e até com a integração do indivíduo na comunidade. (2)

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença inflamatória crónica, de carácter autoimune e desmielinizante, que afeta o Sistema Nervoso Central (SNC). Tem uma elevada prevalência mundial, e representa a causa mais comum de alteração neurológica nos jovens adultos, sendo mais frequente nas mulheres.(3,4) Tem maior incidência entre os 20 e 40 anos de idade, coincidindo com uma idade sexual ativa.(4)

A Disfunção Sexual é um problema comum na EM, que afeta ambos os sexos. (3) É de carácter multifatorial, e como tal, pode ser dividida, segundo Foley *et al*, em 3 formas. A Disfunção Sexual primária, que corresponde às alterações fisiológicas da resposta sexual resultantes das lesões desmielinizantes (diminuição da libido, da sensação genital, da lubrificação, da intensidade e frequência do orgasmo e disfunção eréctil). A Disfunção Sexual Secundária, que surge como consequência indireta das alterações físicas e como efeito secundário dos fármacos utilizados na doença (fadiga, problemas de atenção e concentração, dificuldades em mobilizar-se e coordenar os movimentos, fraqueza e rigidez muscular, espasmos, tremor e disfunção vesical e intestinal). E por fim a Disfunção Sexual Terciária,

que tem origem nas consequências culturais, sociais, emocionais e psicológicas da EM. Esta forma de DS inclui a depressão, ansiedade, irritabilidade e alterações da imagem corporal com repercussão na autoestima.(2,6).

Assim, para que haja uma correta avaliação da DS, possibilitando um tratamento mais direcionado e eficaz, tem de haver um conhecimento adequado da dinâmica do relacionamento, e dos aspetos físicos e psicológicos do funcionamento sexual.(3)

Considero pertinente explorar melhor esta área, uma vez que na esclerose múltipla a DS parece ainda subestimada e subdiagnosticada pelos profissionais de saúde, não sendo sistematicamente explorada, verificando-se também alguma dificuldade, por parte dos doentes, em abordar este tema.

Como objetivos principais desta revisão destacam-se:

- Avaliar a prevalência da DS na Esclerose Múltipla, diferenciando ambos os sexos;
- Concluir quais os tipos de disfunção sexual mais frequentes;
- Perceber se este sintoma afeta a qualidade de vida destes doentes;
- Averiguar se este tema tem sido abordado pelos profissionais de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Para dar início a esta revisão da literatura, foi definido o tema: “Disfunção Sexual na Esclerose Múltipla”, que permitiu realizar uma pré-pesquisa na Medline/PubMed e Medscape, para orientar um campo de pesquisa mais restrito e delinear os termos mais utilizados para explorar esta temática.

A pesquisa final realizou-se entre os anos de 2000 e 2014, na PubMed. Foi usada a seguinte lista de termos: “disfunção sexual”, “esclerose múltipla”, “sexualidade”, “funcionamento sexual” e “atividade sexual”. Após esta pesquisa, e com base no título e respectivo abstract, foram selecionados aqueles artigos que respondiam aos objetivos estipulados.

Ao longo da realização do trabalho, utilizou-se ainda referências de livros e sites pertinentes, bem como uma apresentação sobre o tema, que decorreu no 2º Congresso Português de Urosexopatia Neurogénica.

SEXUALIDADE E DIREITOS SEXUAIS

A sexualidade faz parte da identidade de cada indivíduo, e tem um percurso evolutivo que o acompanha.

Segundo a OMS (2006) é “Um aspeto central do ser humano que ao longo da vida engloba sexo, identidade, género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução”.(7)

Abrange mais do que a função sexual, pois é influenciada pelas experiências de vida, pela autoestima e pelo contexto sociocultural envolvente. Torna-se por isso, difícil definir sexualidade saudável, uma vez que é uma característica pessoal e íntima.(5,8–10)

Segundo a OMS (2009) “A saúde sexual exige uma abordagem positiva de respeito pela sexualidade e relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais agradáveis e seguras, livre de coerção, discriminação e violência.” (7)

Como tal a saúde sexual não deve limitar-se ao aconselhamento de cuidados de saúde relativamente a procriação e à evicção de doenças sexualmente transmissíveis, mas sim constituir uma abordagem positiva à sexualidade humana para o enriquecimento da vida e das relações interpessoais.(11)

A sociedade, para se tornar sexualmente saudável, deve aceitar certos desafios como: reconhecimento de que a saúde sexual é um direito humano fundamental, de que devem existir políticas públicas para a sua promoção e proteção, de que devem existir leis que protejam os direitos sexuais, de que deve existir um acesso universal a uma cuidada educação sexual adequada à idade, acesso também a serviços de saúde equipados com profissionais especializados, vigilância e monitorização adequada de comportamentos e indicadores de saúde sexual. (11)

Segundo a OMS (2010) “ Os direitos sexuais, protegem os direitos de todas as pessoas a expressar a sua sexualidade e desfrutar de saúde sexual, com o devido respeito pelos direitos dos outros e dentro de uma estrutura de proteção contra a discriminação” (7)

As disfunções sexuais começaram a ter um maior desenvolvimento a partir dos anos oitenta. Tanto homens como mulheres aperceberam-se de que a sexualidade constituía um fator fundamental na personalidade e no bem - estar de cada um, o que contribuiu para que esta deixasse de ser, um estigma e assunto tabu, para ser uma temática que deve ser estudada e devidamente tratada. (11)

RESPOSTA SEXUAL

A resposta sexual é composta por uma sequência de alterações físicas e emocionais que surgem perante um estímulo sexual. O modelo original foi descrito por *Masters e Johnson (1966)*, e ainda hoje é o mais conhecido e referido. Este é composto por quatro fases: Excitação, Plateau, Orgasmo e Resolução – (modelo EPOR).(4) Ambos, homem e mulher, experimentam estas fases embora seja muito provável que não surjam ao mesmo tempo. A intensidade e o tempo experimentados em cada fase, variam de pessoa para pessoa, condicionando respostas e experiências sexuais diferentes.(11)

Kaplan (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1974*) propõe um modelo diferente composto por 3 fases: Desejo, Excitação e Orgasmo (DEOR). Para este autor o primeiro estágio é essencialmente psicológico, e está relacionado com o desejo ou líbido, sendo mediado pelo cérebro, sistema límbico, meio hormonal e influências psicossociais.(4,11)

SEXUALIDADE NOS DOENTES CRÓNICOS

As doenças crónicas, como são exemplo as afeções neurológicas, têm elevada incidência de alterações na resposta sexual, que por sua vez tem repercussões na qualidade de vida dos doentes.(8)

A causa de DS nestes doentes resulta de uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Apesar das alterações físicas, diretamente relacionadas com a doença, há uma influência importante do ambiente psicossocial, que inclui a família, crenças religiosas, o parceiro, a autoestima e personalidade do doente.(8)

A satisfação sexual está muitas vezes associada à aceitação, carinho e sobretudo a uma boa comunicação com o parceiro.

A disfunção sexual em doentes crónicos, não deve ser definida e tratada como uma alteração somática, mas sempre tendo em conta os fatores cognitivos, emocionais e psicológicos.(8)

ESCLEROSE MÚLTIPLA

A Esclerose Múltipla é uma doença desmielinizante primária do SNC. Caracteriza-se por inflamação crónica, mediada imunologicamente que ocorre em vários locais do SNC, resultando num compromisso motor, sensitivo e cognitivo. Manifesta-se por surtos clínicos autolimitados de sintomas neurológicos e/ou incapacidade progressiva. (10,12,13)

Afeta cerca de um milhão de pessoas em todo o mundo, e em Portugal a prevalência é de aproximadamente 46/100.000 indivíduos, e a incidência de 4,48/100.000 indivíduos. Verifica-se ainda, que as maiores incidências tendem a ocorrer nos extremos da latitude em ambos os hemisférios. (13)

Ocorre maioritariamente em jovens adultos, entre os 20 e 40 anos, e é a causa mais frequente de incapacidade. O sexo feminino é o mais afetado (2♀:1♂). (3,5,13)

A etiologia da doença ainda é desconhecida, mas considera-se que existem fatores de risco genéticos e ambientais que podem estar associados. O alelo HLA-DRB1*15 do sistema HLA é o fator genético com maior impacto no desenvolvimento da doença. Fatores ambientais já estabelecidos são a exposição ao vírus Epstein – Barr (99% dos indivíduos são seropositivos para o vírus), o tabaco (aumento do risco de EM nos fumadores) e os níveis séricos baixos de vitamina D. O que está descrito é que uma determinada predisposição genética individual combinada com fatores ambientais desencadeia uma desregulação imunológica que contribui para o aparecimento da doença. (13)

Quanto à fisiopatologia da doença, é complexa, sendo mediada por células T. A ação de vários fatores humorais e celulares leva à inflamação focal com desmielinização e ao dano axonal, o que evidencia uma dupla face – inflamatória e degenerativa – da doença.(13)

Clinicamente, a EM cursa, na maioria dos casos, com recorrências e remissões, o que vai determinar um grau de incapacidade variável de doente para doente.(14)

Tabela 1: Evolução da esclerose múltipla

Curso inicial	Curso Global
Início tipo surto-remissão	<ul style="list-style-type: none"> - Surto-remissão (15%-20%) - Secundária progressiva sem surtos - Secundária progressiva com surtos } 70%
Início progressivo	<ul style="list-style-type: none"> - Primária progressiva sem surtos (10 – 15%) - Primária progressiva com surtos (< 5%)

A doença do tipo surto remissão, tem como apresentação mais frequente a parésia de um ou mais membros, parestesias ou nevrite ótica. Verifica-se que a disfunção sexual não consta da lista de formas de apresentação mais comuns da doença.(14)

Tabela 2: Formas de apresentação da esclerose múltipla e respetiva frequência.

Clínica	% Frequência
Parésia de 1 ou mais membros	10-40%
Parestesias	21-40%
Nevrite ótica	14-29%
Diplopia	8-18%
Disfunção urinária	0-13%
Vertigem	2-9%

Por outro lado nas formas progressivas, em que há acumulação progressiva dos sinais e sintomas, há um predomínio de sintomas medulares, como as alterações da sensibilidade, urinárias e disfunção sexual. Esta forma de EM ocorre em idades mais avançadas.(13)

Para qualificar as incapacidades ocorridas durante a evolução da EM ao longo do tempo usa-se a escala de incapacidade de Kurtzke – Expanded disability status scale (EDSS). Esta escala avalia 8 sistemas funcionais: função piramidal, sensitiva, do tronco cerebral, funções cerebelosas, intestinais e vesicais (onde existe um item opcional para a disfunção sexual), visuais e cerebrais.(15) **(ANEXO 1)**

Os critérios de diagnóstico da EM incluem uma avaliação clínica e laboratorial, enfatizando a necessidade de demonstrar a disseminação das lesões no espaço e no tempo, bem como a exclusão de diagnósticos alternativos. Apesar do diagnóstico poder ser feito com base na clínica, a ressonância magnética (RM) do SNC, pode apoiar, suplementar ou até mesmo substituir alguns critérios clínicos, tal como podemos observar nos critérios de McDonald 2010. A aplicação destes critérios permitiu um diagnóstico mais precoce da EM, com alta especificidade e sensibilidade, contribuindo para um melhor aconselhamento dos doentes e tratamento mais rápido.(16)

Em termos de prognóstico, considera-se que 10% são formas benignas com poucos surtos e incapacidade mínima e 15% são formas graves com incapacidade e dependência em poucos anos. Por outro lado, aos 10 anos de doença, 70% dos doentes já não conseguem manter a atividade laboral a tempo inteiro, e aos 20 anos de doença, 57% têm incapacidade

que impede a vida profissional ativa. A sobrevida global dos doentes com EM diminui 10 anos comparativamente com a população em geral.(17)

A DS tem um grande impacto nestes doentes que, sendo maioritariamente jovens, encontram-se numa etapa crítica da vida, associada ao início da atividade sexual e constituição de família.(8,12)

Na EM do tipo surto-remissão as alterações sexuais são auto limitadas, enquanto na forma progressiva o envolvimento maioritariamente medular, faz com que a probabilidade de disfunção seja maior e que permaneça evoluindo progressivamente.(14)

DISFUNÇÃO SEXUAL NA ESCLEROSE MÚLTIPLA

A função sexual tem fatores determinantes: fatores neurológicos, psicológicos, endócrinos e vasculares.

Em primeiro lugar é importante compreender que a disfunção sexual na EM advém, maioritariamente, de um compromisso dos fatores psicológicos e neurológicos.

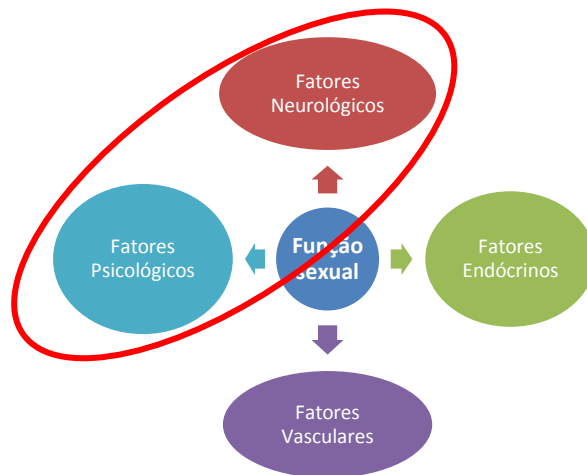


Figura 1: Fatores determinantes da função sexual

Foley *et al*, desenvolveu um modelo de categorização, que divide a disfunção sexual na EM em 3 formas consoante os fatores que a determinam, permitindo assim uma melhor

identificação da natureza dos sintomas e um seguimento mais direcionado.(3) Diz-se, por isso, que a DS na esclerose múltipla é multifatorial.

Os doentes com EM, sofrem alterações na sua capacidade física de comunicar, abraçar, estimular e iniciar relações sexuais. Muitos destes doentes consideram a perda de função sexual a maior disfunção que têm de enfrentar, principalmente quando jovens.(3)

A disfunção sexual primária inclui alterações na resposta sexual que são consequência direta de lesões desmielinizantes que ocorrem na medula espinhal e no cérebro (2,6,18). Manifesta-se por disfunção erétil, anorgasmia ou dificuldade em atingir o orgasmo, diminuição da libido e da lubrificação, alterações da sensibilidade e parestesias na área genital. (6,18–20)

No que concerne à disfunção sexual secundária, esta surge quando os sintomas não sexuais, característicos da doença, afetam indiretamente a resposta sexual. A fraqueza do andar pélvico, disfunção vesical e intestinal (disfunção dos esfíncteres) podem originar ansiedade, alterações da lubrificação e incapacidade de atingir o orgasmo. Os espasmos, alterações da mobilidade, da coordenação, dor, parestesias e diminuição da força muscular podem impedir uma relação sexual satisfatória, uma vez contribuem para uma sensação de desconforto e falta de prazer. (2,18,20) A fadiga é um dos sintomas mais frequentes neste campo, capaz de interferir com o desejo, e com a capacidade física de iniciar e manter uma relação sexual. (8)

Um estudo que aplicou o Mini Mental State Examination (MMSE) para avaliar a cognição dos doentes, concluiu que alterações da concentração e da memória, estavam associadas a diminuição da libido, da lubrificação e dificuldades na ereção.(9,20) A alteração da cognição pode também condicionar uma disfunção sexual secundária devido ao impacto psicogénico que parece ter na fase da estimulação.(18)

Ainda dentro da DS secundária encontra-se os efeitos adversos da medicação realizada pelo doente, como os antidepressivos tricíclicos, que podem causar diminuição da libido e do orgasmo, os anticolinérgicos que reduzem a lubrificação vaginal, e ainda a medicação anti espasmódica que origina fadiga.(6,18)

A disfunção sexual terciária, entra num campo mais emocional e psicológico da doença, sendo também afetada pelos fatores socioculturais da comunidade. Na realidade, muitas vezes a sociedade cria um estereótipo, considerando estes doentes sexualmente inativos. (4)

Os próprios doentes têm pensamentos e sentimentos que os impedem de alcançar uma relação sexual normal: “ Se não gosto de mim, como posso esperar que alguém me ache atraente?”, “ São tantos os problemas que tenho para ultrapassar, que o sexo é a última coisa em que consigo pensar!”, “Pessoas incapacitadas, não são sexualmente atraentes!”.(18)

Neste campo salienta-se as alterações do humor, e é mais comum o humor depressivo, da autoestima e autoimagem. Os doentes sentem-se menos atraentes, o que condiciona alterações nas relações amorosas que estabelecem. Pode ocorrer sentimento de culpa, dependência e medo de ser sexualmente rejeitado, que aliados às dificuldades de comunicação levam ao seu isolamento.(2,9)

As alterações psíquicas são muito frequentes nestes doentes, sendo a depressão a comorbidade mais comum. (2) A depressão na EM está associada à fadiga, à realidade de viver uma doença crónica e à luta constante para combatê-la no dia a dia. É importante diagnosticar e tratar devidamente este problema, e ter em conta que própria medicação com antidepressivos pode causar ou agravar a disfunção sexual.(3)

A DS pode surgir em qualquer altura no curso da doença, até mesmo numa fase precoce, quando a incapacidade é mínima.(20) Os sintomas tornam-se mais significativos e aumentam em número ao longo do tempo. (21)

Com os estudos já realizados nesta área é possível concluir que existem associações já estabelecidas entre a DS e a esclerose múltipla como a idade (22), doenças concomitantes, ansiedade (20) e depressão (22).

Por outro lado existem ainda associações controversas que carecem de mais investigação como a duração da doença (2,20), a incapacidade (2,20,22) e a forma da doença (2).

A disfunção sexual é raramente sintoma de apresentação da doença.(14) Por exemplo, nos homens a disfunção erétil é extremamente rara como forma de apresentação (23), e nas mulheres, apenas 4 em 63 (6%) tem como forma de apresentação da doença a diminuição da sensibilidade da área genital.(24)

Se a DS surgir como sintoma de apresentação, não ocorre isoladamente, e pode ocorrer desta forma em 1-15% dos doentes.(14)

PREVALÊNCIA DA DISFUNÇÃO SEXUAL NA ESCLEROSE MÚLTIPLA

A prevalência de DS em doentes crónicos é mais elevada quando comparada com a população em geral. Por outro lado, a disfunção sexual na EM, é mais frequente do que em outras doenças crónicas como a artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistémico, artrite psoriática e espondilite anquilosante. (12,18,25)

Zorton *et al.* (1999) publicou um estudo que referiu que a incidência de disfunção sexual nos doentes com EM era de 73% comparado com a população de doentes crónicos (39%) e estes com a população em geral (13%), e é por isso uma importante causa de DS em ambos os sexos.(5)

Por outro lado, tem frequência equivalente a algumas doenças crónicas como, a diabetes, a doença renal crónica e a síndrome de apneia obstrutiva do sono.(2)

Nos últimos anos, os estudos realizados nesta área, demonstraram que 40% a 80% das mulheres e 50% a 90% dos homens tem alterações sexuais. (3,26) Estes valores podem estar relacionados com o facto de o homem com EM se mostrar mais insatisfeito com a sua função sexual, sendo um alvo mais fácil de investigar. Por outro lado, a atividade sexual no sexo feminino é mais afetada por fatores como o humor, a qualidade da relação com o parceiro e a autoimagem, dificultando assim, a sua avaliação.(2,6)

A disfunção sexual é a 4ª incapacidade em ordem de importância referida pelos homens com EM, enquanto na mulher é a 10ª. (27)

Uma queixa prevalente em ambos os sexos é a diminuição da libido, que ocorre em 27% a 58% dos doentes. (26)

No que diz respeito ao sexo masculino as alterações mais frequentes são a diminuição da libido, disfunção erétil e disfunção ejaculatória, que resultam da lesão neurológica direta, pelo que entram no campo da DS primária. A disfunção erétil ocorre em 50-75% dos casos. Já a disfunção ejaculatória está descrita em 50% dos casos, e inclui a ejaculação precoce, retardada ou retrógrada. Verifica-se ainda anorgasmia em 37% dos doentes, aumento da latência do orgasmo em 23-76% dos casos e diminuição da qualidade do orgasmo (50-66%). (3,19,26)

A prevalência da DS secundária e terciária é mais difícil de contabilizar. Tendo em conta que a disfunção sexual secundária ocorre como consequência dos sintomas da própria doença ou por efeitos secundários dos fármacos utilizados, certos autores descrevem a sua prevalência em função da prevalência desses sintomas. Assim os mais frequentes são: fraqueza muscular (58%), espasmos (24%), contracturas (12%) e incontinência (5%). Doentes com espasticidade têm espasmos dos adutores durante o ato sexual, associado a dificuldade dos movimentos, fadiga (75%) e dor (70%) o que limita largamente as relações sexuais. Por

outro lado, os sintomas de bexiga neurogênica como frequência, urgência, incontinência e retenção miccional, estão frequentemente associados à DS.(3)

A disfunção cognitiva é um sintoma reconhecido recentemente mas que já se verifica com uma grande frequência (45% a 65%).(3)

Em relação à DS terciária, a causa mais frequente é a depressão e ocorre em 24% a 54% dos homens.(3)

No que concerne à duração da doença e à evolução da incapacidade em relação com a prevalência da DS, alguns estudos demonstraram uma associação positiva, enquanto outros não encontraram relação. Deste modo este aspeto continua incerto, e para apurá-lo serão necessários mais estudos nesta área.(3,8)

Nas mulheres, a prevalência de DS é também elevada, e em alguns estudos demonstrou ser mais elevada do que nos homens.(26,28)

Os sintomas que têm sido reportados com mais frequência são: dispareunia, a falta de desejo e excitação, anorgasmia, aumento da latência do orgasmo (23-76%), diminuição da qualidade do orgasmo (50-66%), diminuição da lubrificação vaginal (33-48%) e alteração da sensibilidade na área genital (38-47%). (6,19,24) Estes sintomas entram na classificação de DS primária.

Em relação à DS secundária, a fadiga é um dos sintomas que mais afeta a saúde sexual das mulheres, pois limita o desejo, a capacidade de iniciar e manter a atividade sexual. A dor é também sintoma importante e prevalente nas mulheres, uma vez que diminui o desejo e a satisfação sexual.(26)

No que diz respeito à DS terciária, a depressão tem demonstrado ser a alteração psiquiátrica mais prevalente nas mulheres, mesmo em relação a outras doenças crónicas. As doentes com traço depressivo revelam diminuição do desejo, dificuldades na excitação, o que

promove a diminuição da lubrificação, da libido, e ausência ou dificuldade em atingir o orgasmo. (6)

Em relação à associação entre a DS e o nível de incapacidade nas mulheres, existem estudos recentes que provaram a existência de uma relação positiva. (6) A duração da doença também parece estar associada a um aumento da DS no sexo feminino. (6) No entanto estes dois aspetos, tal como no homem, necessitam de mais estudos, para que haja conclusões consistentes.

Na maioria dos doentes com DS (83%) coexiste disfunção urinária, e a presença de disfunção vesical aumenta 5,75 vezes o risco de DS.(29)

Verificou-se que um EDSS > 4,5 é preditivo de disfunção erétil, e que uma hiperreflexia do detrusor é preditiva de disfunção erétil moderada a grave.(30)

Certamente, por todos os fatores relacionados com a disfunção sexual nestes doentes, há uma diminuição da iniciativa, vontade e desejo pelo próprio ato, o que contribui para uma diminuição da atividade sexual e/ou da sua qualidade, afetando a satisfação pessoal e comprometendo os relacionamentos.

A tabela seguinte faz um levantamento da prevalência de DS em ambos os sexos, e respetivos tipos de disfunção, com base em alguns estudos recentes, que avaliaram esta temática.

Tabela 3: Prevalência da disfunção sexual na EM; diferença entre os dois sexos.

	Demirkiran, M. <i>et al.</i> (2006)	Fraser cira <i>et al.</i> (2008)	Gumus, Haluk <i>et al.</i> (2013)	Celik, Dilaram Billur <i>et al.</i> (2013)	Lew Starowicz, M and Rola, R (2013)
Métodos	EDSS; AI; MMSE; BDI; STAI – I,II; MSISQ – 19.	GNDS	EDSS; BDI; FSFI	MSISQ – 19; ASEX	SFQ28; EDSS
Prevalência DS				Prevalência global da DS: 60,7% Prevalência♂: 40,7% Prevalência♀: 59,3%	Pelo menos 1 disfunção sexual: 82,5%
DS dominante	DS Primária (80,4%) Diminuição da Líbido (80,5%)			DS secundária mais prevalente.	
DS em cada sexo	♀: diminuição da intensidade e frequência do orgasmo (66,7%); Fadiga (90,9%) ♂: Dificuldade em alcançar e manter a ereção (72,2%)	♀: diminuição do interesse sexual (6,8%); alteração da satisfação sexual (0,9%); alteração da sensibilidade genital (2,3%); diminuição da lubrificação e orgasmo (29,2%). ♂: diminuição do interesse sexual (9,4%); alteração da sensibilidade genital; dor e espasmo (6,3%); Problemas de ereção e ejaculação (28,1%).	♀: depressão (51,4%); diminuição do desejo, dificuldades na excitação, diminuição da lubrificação e diminuição/ausência de orgasmo	♀: dificuldades na excitação; problemas relacionados com a disfunção vesical e intestinal (maior frequência do que os homens) ♂: dificuldade em atingir e manter ereção.	♀: diminuição do desejo; diminuição da excitação; dificuldade em atingir o orgasmo

EDSS – Expanded Disability Status Scale; AI – Ambulation Index; MMSE - Mini Mental State Examination; BDI - Beck depression Inventory; STAI – I,II - State-Trait Anxiety Inventory; MSISQ – 19 - Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19; GNDS - Guy's Neurological Disability Scale; FSFI - *Female Sexual Function Index*; ASEX - Arizona Sexual Experience Scale; SFQ28 – Sexual Function Questionnaire

DISFUNÇÃO SEXUAL E A QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

O conceito de qualidade de vida (QV) não inclui apenas fatores relacionados com a saúde, com o bem - estar físico, funcional, emocional e mental, mas também outros elementos pessoais como a família, amigos, sociedade envolvente, e o próprio quotidiano.(31)

É definida, segundo a OMS como "a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".(7)

Por outro lado, e em concordância com a definição de QV, a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), compreende a perceção individual, subjetiva, dinâmica, multidimensional e cultural da própria saúde, e manifesta-se pelas componentes física, mental, emocional e social de cada um. Isto significa que esta inclui, mas não se limita, à condição de saúde e intervenções médicas do doente. (32)

A sexualidade, sendo parte integrante de qualquer ser humano, influencia o seu bem - estar, as suas relações interpessoais, e como tal a sua qualidade de vida.

Nos doentes com EM, a qualidade de vida está afetada, e existem vários fatores que contribuem para o seu declínio.(33) Os sintomas decorrentes da doença, vão contribuir largamente para esta diminuição, uma vez que os doentes vão experienciando níveis de incapacidade cada vez maiores com a evolução da doença.

O que se questiona aqui é se a DS, irá ou não afetar a qualidade de vida destes doentes?

Estudos realizados nesta área têm vindo a confirmar que existe, de facto, uma relação entre a DS e a qualidade de vida, mais propriamente com a qualidade de vida relacionada com a saúde.

Tapavcevid, DK *et al.* (2008) realizaram um estudo que avaliou o impacto da DS na qualidade de vida, através da aplicação de um questionário – Multiple Sclerosis Quality of Life - 54 (MSQoL-54), instrumento de medida da QVRS, que abrange várias subescalas: função física, limitação física e emocional, bem - estar emocional, dor, energia, percepção e diminuição da saúde, função social, função cognitiva, função sexual e qualidade de vida em geral. Concluíram que, nas mulheres, houve uma relação negativa entre a presença e nível de DS e a qualidade de vida, em todas as áreas avaliadas, exceto na dor. No homem houve um impacto negativo na generalidade dos parâmetros da QV.(33)

Ainda poucos estudos avaliaram esta relação, uma vez que a própria DS nestes doentes não é muito abordada, e até mesmo subdiagnosticada. No entanto o bem - estar sexual não deve ser esquecido, pois compreende aspetos como a felicidade, satisfação pessoal, autoconfiança e segurança, todos com um forte impacto na qualidade de vida dos doentes. (6)

A DS terciária tem uma grande relevância nesta área, uma vez que está relacionada com as consequências psicológicas da doença, e como tal irá afetar os relacionamentos, realizações pessoais e a integração do doente na comunidade. A própria depressão e ansiedade, vivenciada por grande parte destes doentes, contribui negativamente para uma vida saudável, e com qualidade.(2)

O interesse em avaliar o impacto da DS na qualidade de vida destes doentes, debruça-se sobre a possibilidade de prestar mais atenção a estes sintomas, que já se verificaram ser prevalentes, e através de uma terapêutica mais direcionada, tanto farmacológica como psicológica, conseguir alcançar melhoraria na qualidade de vida.

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Apesar da temática da sexualidade ser cada vez mais abordada, ainda se considera um tema tabu em certos aspetos, que variam com a mentalidade e a cultura de cada sociedade.(6,34)

Em relação à EM, o que se verifica é que muitas vezes os próprios profissionais de saúde não questionam este problema, e não consideram os doentes crónicos e incapacitados, indivíduos sexualmente ativos. Este estigma acaba por contribuir para que eles não se sintam seguros em abordar os seus problemas sexuais, e para que haja uma falha no apoio multidisciplinar destes doentes. (34)

Verificou-se que o neurologista questiona acerca da disfunção sexual apenas em 30% dos doentes com EM, preferencialmente se homens e/ou se existirem alterações da marcha.(29). Uma grande maioria dos doentes (97,8%) nunca terá discutido este assunto com um profissional de saúde. Por outro lado apenas 6 a 7,4% dos doentes homens abordam espontaneamente este tema (22) e apenas 2,2% das mulheres (2).

Tina Koch *et al.* (2002), realizou um estudo, que consistiu na entrevista individual de mulheres diagnosticadas com EM, com intuito de perceber qual a importância da sexualidade para elas e se após diagnosticadas com a doença tinham mudado o ponto de vista acerca desta temática. Era também objetivo compreender a percepção que tinham da sua imagem corporal, e se apresentavam interesse em perceber as mudanças físicas e funcionais, associadas à sexualidade. O estudo concluiu que acima de tudo, o meio sociocultural e a idade das doentes influenciavam a linguagem e o modo como encaravam o problema. No geral, apresentavam medo e preocupação em realizar o ato sexual, devido aos sintomas secundários da doença poderem interferir com o normal funcionamento sexual. A maneira como encaravam e tentavam solucionar este problema estava sempre relacionada com a importância que davam à sexualidade, com os desejos sexuais, o parceiro, a autoconfiança e a autoestima. A boa

comunicação com o parceiro era sem dúvida fulcral. Por fim, estas mulheres demonstraram o seu descontentamento em não serem sistematicamente abordadas em relação à sexualidade, bem como ao estereótipo criado pelos profissionais de saúde, com o qual, infelizmente, se deparavam. (34)

Este estudo vem confirmar que se deveria apostar no diálogo aberto com os doentes, acerca da sexualidade, com questões diretas acerca da satisfação sexual, atingimento do orgasmo, bem como sobre a componente mais psicológica referente à autoestima e autoimagem, que fortemente contribuem para uma atividade sexual normal.

Na realidade, os doentes com EM, estão muitas vezes ocupados em lidar com os problemas do foro físico como a fadiga e a fraqueza muscular, na tentativa de encontrar estratégias para viver com estas incapacidades, o que faz com que desvalorizem a componente sexual. (35). No entanto, alguns doentes apercebem-se da deterioração sexual, mas necessitam de um acompanhamento específico, para que possam compreender as alterações corporais e funcionais que apresentam.(19) É por este facto, que a falta de um seguimento adequado e sistemático, faz com que este problema seja subdiagnosticado, e conseqüentemente não tratado ou tratado de forma inadequada. (2,3,26)

É fundamental que o doente consiga compreender que as alterações sexuais que apresenta, são consequência da doença, e que os próprios parceiros compreendam que a diminuição da libido ou da resposta sexual, não reflete a falta de atração ou afeto por eles.

Uma avaliação e tratamento eficaz da disfunção sexual requerem um conhecimento adequado de todos os fatores que a influenciam a função sexual.(3)

Sendo a disfunção sexual na EM de caráter multifatorial, é imperativo que haja um apoio especializado e vocacionado para esta área que é do foro íntimo e pessoal.(33)

Este tipo de avaliação deve ser iniciado com a colheita de uma história clínica completa, e um exame físico aprofundado. Todos os doentes devem ser orientados por uma

equipa multidisciplinar composta por neurologista, urologista, psiquiatra, psicólogo e/ou sexólogo e enfermeiro, habilitados e sensibilizados para o diagnóstico destes sintomas que muitas vezes não são abordados. (3,5,20)

Existem questionários validados para a avaliação da DS na esclerose múltipla. O Sexual Dysfunction Management and Expectations Assessment in Multiple Sclerosis - Female (SEA-MS-F), foi criado com o intuito de avaliar as expectativas das mulheres com EM, no contexto do tratamento da DS. Foi desenhado para mulheres com mais de 18 anos de idade, com um EDSS inferior a 8,5, um MMSE superior a 17 e com alguma experiência sexual. É um questionário pequeno, claro e fácil de realizar. Inclui 9 questões/itens, que avaliam as expectativas da doente em relação à informação fornecida sobre a DS, as expectativas em relação ao tratamento dos sintomas específicos de DS, e por fim o que pretendem alcançar com o tratamento. (36) O questionário tem ainda a vantagem de não incluir nenhuma especificidade para a EM, permitindo a sua aplicação na generalidade da população, ou noutra doença crónica, neurológica ou não.(36)

Existe também o Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire (MSISQ-19) que é um questionário multidimensional, que foi criado para uma melhor compreensão do impacto da EM na intimidade e sexualidade. Pode ser aplicado em ambos os sexos e consiste em 19 itens que avaliam se os vários sintomas da EM interferiram com a atividade ou satisfação sexual dos doentes nos últimos 6 meses.(37) **(ANEXO 2)**

Ambos constituem ferramentas essenciais no diagnóstico da DS na EM, e deveriam ser utilizados de forma rotineira nestes doentes. Para isso, seria necessário adaptá-los para a língua portuguesa, o que considero um benéfico passo para o futuro.

O tratamento não se pode basear nas disfunções sexuais, como a disfunção erétil e diminuição da lubrificação, mas tem de passar também pelos outros sintomas característicos da doença como a fadiga, espasmos, fraqueza muscular, e pela componente psicológica. (9)

Como tal uma abordagem biopsicossocial deveria ser implementada, bem como a oferta de uma terapêutica direcionada ao casal e não apenas ao doente.

É importante que os profissionais de saúde abandonem mitos e estereótipos de que um doente com EM é um indivíduo sem atividade sexual, e desenvolvam uma perspectiva capaz de perceber como a doença pode ter um impacto importante na sexualidade. É ainda fundamental que os doentes sejam encorajados a comunicar acerca das suas experiências sexuais permitindo a reflexão individual, pois esta pode ser a chave para que se desenvolva um ambiente de segurança e de apoio, de que necessitam para expressar as suas dúvidas e preocupações acerca da função sexual.(9,18,34)

CONCLUSÃO

A EM é uma doença que afeta indivíduos jovens, com frequência sexualmente ativos.

A disfunção sexual é um sintoma prevalente em ambos os sexos, e têm-se verificado em alguns estudos mais frequente no sexo feminino, possivelmente pelo facto de na mulher a resposta sexual estar muito relacionada com o desejo e excitação. A diminuição da líbido é um sintoma comum em ambos os sexos, sendo que na mulher verifica-se maioritariamente alterações do orgasmo, e no homem disfunção erétil.

Pode surgir em qualquer fase da doença e é de origem multifatorial. O envolvimento multifocal do SNC pela atividade inflamatória e degenerativa da doença contribui significativamente para a disfunção sexual.

A DS isolada, como forma de apresentação da doença, é rara, mas pode ocorrer com outros sintomas até 15% dos doentes.

A ideia de que os doentes crónicos são indivíduos sexualmente inativos deve ser abandonada, pois todo o ser humano tem o direito de vivenciar e expressar a sua sexualidade.

Uma vez que a sexualidade é parte integrante de cada indivíduo, a sua disfunção vai afetar a qualidade de vida. Como tal, nos doentes com EM a disfunção sexual tem um impacto negativo na QV.

A abordagem multidisciplinar, através de uma avaliação biopsicossocial, e não apenas orgânica, é fundamental nestes doentes. A equipa deve conter um psicólogo ou até mesmo um sexólogo, permitindo um acompanhamento não só do doente, mas também do casal, com realização de psicoterapia sexual. Também a utilização de questionários direcionados, que identificam os sintomas, pode melhorar o seguimento e tratamento destes doentes.

Atendendo à forma de apresentação da doença, mesmo que menos habitual, conclui-se que o urologista pode permitir um diagnóstico atempado, e deve pensar na EM como causa da

disfunção sexual em indivíduos jovens, com sintomas neurológicos prévios ou atuais, maioritariamente urogenitais, pois isso poderá ter implicações terapêuticas e diagnósticas.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Francisco Rolo e Dr. Pedro Nunes, pela orientação pedagógica, partilha de sabedoria, pela ajuda, compreensão e disponibilidade.

À minha família, por me proporcionar a oportunidade de frequentar este curso, pelo amor, incentivo, sacrifício e apoio incondicional nesta etapa da minha vida

Aos meus amigos mais próximos e futuros colegas de profissão, pelo apoio, e por terem feito parte dos melhores e menos bons momentos desta vida académica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. APF – Saúde Sexual e Reprodutiva [Internet]. Available from: <http://www.apf.pt/>
2. Lew-Starowicz M, Rola R. Prevalence of Sexual Dysfunctions Among Women with Multiple Sclerosis. *Sex Disabil.* 2013 Jun;31(2):141–53.
3. Calabrò, RS, De Luca R, Conti-Nibali V, Reitano S, Leo A, Bramanti P. Sexual dysfunction in male patients with multiple sclerosis: a need for counseling! *Int J Neurosci.* 2014 Aug;124(8):547–57.
4. Guo Z-N, He S-Y, Zhang H-L, Wu J, Yang Y. Multiple sclerosis and sexual dysfunction. *Asian J Androl.* 2012 Jul;14(4):530–5.
5. Christopherson J, Moore K, Foley F, Warren K. A comparison of written materials vs. materials and counselling for women with sexual dysfunction and multiple sclerosis. *J Clin Nurs.* 2006 Jun;15(6):742–50.
6. Gumus H, Akpınar Z, Yılmaz H. Effects of multiple sclerosis on female sexuality: a controlled study. *J Sex Med.* 2014 Feb;11(2):481–6.
7. WHO | World Health Organization [Internet]. World Health Organization; Available from: <http://www.who.int/en/>
8. Schmidt EZ, Hofmann P, Niederwieser G, Kapfhammer H-P, Bonelli RM. Sexuality in multiple sclerosis. *J Neural Transm.* 2005 Sep;112(9):1201–11.
9. Gagliardi B a. The experience of sexuality for individuals living with multiple sclerosis. *J Clin Nurs.* 2003 Jul;12(4):571–8.
10. Bronner G, Elran E, Golomb J, Korczyn A. Female sexuality in multiple sclerosis: the multidimensional nature of the problem and the intervention. *Acta Neurol Scand.* 2010 May;121(5):289–301.
11. Barros F. Manual de Medicina Sexual visão Multidisciplinar. HSJ Consul. Portugal; 2014.
12. McCabe MP. Relationship functioning and sexuality among people with MS. *J Sex Res.* 2002;
13. Sá J. Sinapse. Sociedade portuguesa de neurologia. Lisboa; 2012 Nov;12:5–14.
14. Simões R. 2º Congresso Português de Urosexopatia Neurogénica. 2014.
15. SPEM - Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla - Dossiers Técnicos [Internet]. 2015. Available from: <http://www.spem.org/biblioteca/dossiers-tecnicos>

16. Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Clanet M, Cohen J a., Filippi M, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 Revisions to the McDonald criteria. *Ann Neurol*. 2011;69:292–302.
17. Brønnum-Hansen H, Koch-Henriksen N, Stenager E. Trends in survival and cause of death in Danish patients with multiple sclerosis. *Brain*. 2004;127:844–50.
18. National Multiple Sclerosis Society [Internet]. Available from: <http://www.nationalmssociety.org/>
19. Fraser C, Mahoney J, McGurl J. Correlates of Sexual Dysfunction in Men and Women with Multiple Sclerosis. *J Neurosci Nurs*. 2008 Oct;40(5):312–7.
20. Demirkiran M, Sarica Y, Uguz S, Yerdelen D, Aslan K. Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: are there any differences? *Mult Scler*. 2006;12(2):209–14.
21. Zorzon M, Zivadinov R, Monti Bragadin L, Moretti R, De Masi R, Nasuelli D, et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a 2-year follow-up study. *J Neurol Sci*. 2001 Jun;187(1-2):1–5.
22. Zivadinov R, Zorzon M, Locatelli L, Stival B, Monti F, Nasuelli D, et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a MRI, neurophysiological and urodynamic study. *J Neurol Sci*. 2003 Jun;210(1-2):73–6.
23. Rees PM, Fowler CJ MC. Sexual function in men and women with neurological disorders. *Lancet*. 2007;10:512–25.
24. Tzortzis V, Skriapas K, Hadjigeorgiou G, Mitsogiannis I, Aggelakis K, Gravas S, et al. Sexual dysfunction in newly diagnosed multiple. *Mult Scler*. 2008;14(May 2007):561–3.
25. McCabe MP, Ph D. Exacerbation of Symptoms Among People With Multiple Sclerosis : Impact on Sexuality and Relationships Over Time. *Arch sexual Behav*. 2004;33(6):593–601.
26. Celik, DB, Poyraz E, Bingöl A, Idiman E, Ozakbaş S, Kaya D. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: gender differences. *J Neurol Sci*. 2013 Jan 15;324(1-2):17–20.
27. MJ R. Sexual difficulties for persons with multiple sclerosis in New South Wales, Australia. *Int J Rehabil Res*. 2009;32:337–47.
28. McCabe, MP, McKern, S, McDonald, E, Vowels M. Investigating the knowledge, attitude and its relationship with the mean of using emergency contraception. *J Sex Marital Ther*. 2003;29(4):269–75.
29. Alarcia-Alejos R, Ara-Callizo JR, Martín-Martínez J G-GM. Sexual dysfunction management in multiple sclerosis. *Rev Neurol*. 2007;44:524–6.

30. Fragalà E, Giardina RPS, Di Rosa A, Russo G, Caramma AF V, Patti F, et al. Determinants of Sexual Impairment in Multiple Sclerosis in Male and Female Patients with Lower Urinary Tract Dysfunction: Results from an Italian Cross-Sectional Study. *J Sex Med.* 2014;11:2406–13.
31. Pereira E, Teixeira C, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Física Esporte, São Paulo.* 2012;26:241–50.
32. Heiskanen S, Doctoral M, Merila P. Health-related quality of life – testing the reliability of the MSQOL-54 instrument among MS patients. *Scand J Caring.* 2007;
33. Tepavcevid DK, Basuroski ID, Stojisavljevic N. The impact of sexual dysfunction on the quality of life measured by MSQoL-54 in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler.* 2008;14(April):1131–6.
34. Koch T, Kralik D, Eastwood S. Constructions of sexuality for women living with multiple sclerosis. *J Adv Nurs.* 2002 Jul;39(2):137–45.
35. King M, Wadsley P, Durand M, Sullivan G. *Healthy Living.* Momentum. 2008;44–50.
36. Guinet-lacoste A, Costa P, Ismael SS, Rousseau A, Amarenco G. Original Research— Outcomes Assessment Sexual Dysfunction Management and Expectations Assessment in Multiple Sclerosis—Female (SEA-MS-F): Creation and Validation of a Specific Questionnaire. *J Sex Med.* 2014;11:2955–65.
37. Mohammadi K, Rahnama P, Montazeri A, Foley FW. The multiple sclerosis intimacy and sexuality questionnaire-19: Reliability, validity, and factor structure of the persian version. *J Sex Med.* 2014;11:2225–31.

ANEXOS

ANEXO 1

Kurtzke Expanded Disability Status Scale (EDSS) for Neurologic Assessment

0	Normal neurological exam (all grade 0 to FS)
1.0	No disability, minimal signs in one FS (ie, grade 1)
1.5	No disability, minimal signs in more than one FS (more than one FS grade 1)
2.0	Minimal disability in one FS (one FS grade 2, other 0 or 1)
2.5	Minimal disability in two FS (two FS grade 2, others 0 to 1)
3.0	Moderate disability in one FS (one FS grade 3, others 0 to 1) or mild disability in three or four FS (three or four FS grade 2, others 0 or 1) though fully ambulatory
3.5	Fully ambulatory but with moderate disability in one FS (one grade 3) and one or two FS grade 2; or two FS grade 3; or five FS grade 2 (others 0 to 1)
4.0	Fully ambulatory without aid, self sufficient, up and about some 12 hours a day despite relatively severe disability consisting of one FS grade 4 (others 0 or 1) or combinations of lesser grades exceeding limits of previous steps, able to walk without aid or rest some 500 meters
4.5	Fully ambulatory without aid, up and about much of the day, able to work a full day, may otherwise have some limitation of full activity or require minimal assistance: characterized by relatively severe disability usually consisting of one FS grade 4 (others 0 or 1) or combinations of lesser grades exceeding limits of previous steps, able to walk without aid or rest 300 meters
5.0	Ambulatory without aid or rest for about 200 meters; disability severe enough to impair full daily activities (eg, to work a full day without special provisions). (Usual FS equivalents are one grade 5 alone, others 0 or 1; or combinations of lesser grades usually exceeding specifications for step 4.0.)
5.5	Ambulatory without aid or rest for about 100 meters; disability severe enough to preclude full daily activities. (Usual FS equivalents are one grade 5 alone, others 0 to 1; or combination of lesser grades usually exceeding those for step 4.0.)
6.0	Intermittent or unilateral constant assistance (cane, crutch, brace) required to walk about 100 meters with or without resting. (Usual FS equivalents are combinations with more than two FS grade 3+.)
6.5	Constant bilateral assistance (canes, crutches, braces) required to walk about 20 meters without resting. (Usual FS equivalents are combinations with more than two FS grade 3+.)
7.0	Unable to walk beyond approximately five meters even with aid, essentially restricted to wheelchair; wheels self in standard wheelchair and transfers alone; up and about in wheelchair some 12 hours a day. (Usual FS equivalents are combinations with more than one FS grade 4+; very rarely pyramidal grade 5 alone.)
7.5	Unable to take more than a few steps; restricted to wheelchair, may need aid in transfer; wheels self but cannot carry on in standard wheelchair a full day; may require motorized wheelchair. (Usual FS equivalents are combinations with more than one FS grade 4+.)
8.0	Essentially restricted to bed or chair or perambulated in wheelchair, but may be out of bed itself much of the day; retains many self-care functions; generally has effective use of arms. (Usual FS equivalents are combinations generally grade 4+ in several systems.)
8.5	Essentially restricted to bed much of day; has some effective use of arm(s); retains some self care functions. (Usual FS equivalents are combinations generally 4+.)
9.0	Helpless bed patient can communicate and eat. (Usual FS equivalents are combinations generally 4+ in several systems.)
9.5	Totally helpless bed patient; unable to communicate effectively or eat or swallow. (Usual FS equivalents are combinations almost all grade 4+.)
10	Death due to MS

ANEXO 2

Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire (MSISQ-19)

INSTRUCTIONS: To better understand the impact of multiple sclerosis (MS) on intimacy and sexuality, this 19-item questionnaire asks you to rate how various MS symptoms have interfered with your sexual activity or satisfaction over the last 6 months. Questions may be answered by placing a check or any other mark in the square located next to the question and below the appropriate number. There are no right or wrong answers. If you are unsure how to answer a question, please choose the best answer you can.

Over the last 6 months, the following symptoms have interfered with my sexual activity or satisfaction:	Never 1	Rarely 2	Occasionally 3	Almost Always 4	Always 5
1. Muscle tightness or spasms in my arms, legs, or body	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bladder or urinary symptoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bowel symptoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Feelings of dependency because of MS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tremors or shaking in my hands or body	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pain, burning, or discomfort in my body	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Feeling that my body is less attractive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Problems moving my body the way I want during sexual activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Feeling less masculine or feminine due to MS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Problems with concentration, memory, or thinking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Exacerbation or significant worsening of my MS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Less feeling or numbness in my genitals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fear of being rejected sexually because of MS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Worries about sexually satisfying my partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Feeling less confident about my sexuality due to MS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Lack of sexual interest or desire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Less intense or pleasurable orgasms or climaxes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Takes too long to orgasm or climax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Inadequate vaginal wetness or lubrication (women)/difficulty getting or keeping a satisfactory erection (men)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scoring:

Primary sexual dysfunction subscale items = 12, 16, 17, 18, 19

Secondary sexual dysfunction subscale items = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11

Tertiary sexual dysfunction subscale items = 7, 9, 13, 14, 15

Any item scoring "4" or "5" should be discussed with your MS healthcare professional.

Reprinted with permission from Sanders AS, Foley PW, LaRocca NG, Zeman V. The multiple sclerosis intimacy and sexuality questionnaire-19 (MSISQ-19). *Sex Disor*. 2004;18(1):8-26.