

ANDREIA FILIPA ALMEIDA GONÇALVES

**FACTORES DETERMINANTES DA SEXUALIDADE DO INDIVÍDUO
COM ESPONDILARTRITE ANQUILOSANTE**



Andreia Filipa Almeida Gonçalves

Factores Determinantes da Sexualidade do Indivíduo
com Espondilartrite Anquilosante

Dissertação de Mestrado
em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efectuado sob a orientação de
Mestre Helena Moreira



Não siga a estrada, apenas;
ao contrário, vá por onde não haja estrada e deixe uma trilha.

(Ralph Waldo Emerson)

AGRADECIMENTOS

Ao longo da realização desta Dissertação de Mestrado, tive o prazer de ser acompanhada por pessoas significativas que me apoiaram, que colaboraram, que se mostraram disponíveis, que me encorajaram ou que contribuíram com a sua presença afectuosa e as suas palavras de alento. A todos eles gostaria de expressar o meu profundo agradecimento.

À minha orientadora, **Professora Helena Moreira**, por todo o apoio, orientação, espírito crítico e atenção que dedicou a todo o trabalho.

Ao Director do Serviço de Reumatologia, **Professor Doutor Pereira da Silva**, por toda a disponibilidade, sugestões e apoio que me deu.

À Psiquiatra e Sexóloga **Doutora Graça Santos**, por toda a disponibilidade, apoio, sugestões e esclarecimento de dúvidas na área da sexologia que me prestou.

À **Associação Nacional da Espondilite Anquilosante**, pela sua enorme disponibilidade, em autorizar a aplicação dos questionários.

À assistente de direcção **Andreia Teller**, pela sua enorme disponibilidade no esclarecimento de todas as dúvidas relacionadas com o processo burocrático.

À Terapeuta **Ana Gomes**, pela preciosa ajuda na aplicação e envio dos questionários.

Aos meus **Pais** e **Amigos** pelo apoio, incentivo e encorajamento que me deram, para eu não desistir.

Ao colega **Ricardo Ferreira**, pela sua ajuda prestada.

Ao **João Teixeira**, pela sua ajuda, apoio e presença afectuosa.

Aos meus **Colegas de profissão**, que de alguma forma desejaram que eu terminasse este trabalho com sucesso.

A todos os **Doentes** que aceitaram participar neste estudo, obrigada pela vossa colaboração e disponibilidade!

RESUMO

Introdução: As doenças reumáticas são cada vez mais frequentes, constituindo um importante problema social e económico. Contudo, existem poucos estudos em Portugal, sobre o impacto da espondilartrite anquilosante na sexualidade dos indivíduos.

Objectivo: Analisar o comportamento sexual do indivíduo com espondilartrite anquilosante e identificar as variáveis que interferem no mesmo.

Metodologia: A investigação realizada insere-se no âmbito do estudo quantitativo, do tipo descritivo. Os dados foram colhidos numa amostra de 60 sócios da Associação Nacional de Espondilartrite Anquilosante (ANEA), com espondilartrite Anquilosante, dos quais 48 homens e 12 mulheres. O instrumento de colheita de dados aplicado integra, questões de caracterização sociodemográfica e clínica, a Escala numérica da dor, o Índice de actividade da doença (BASDAI), o Índice de incapacidade funcional (BASFI), Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS), Escala de Auto-Estima Global para Adultos de Rosenberg, Índice internacional da função eréctil (IIEF), Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) e Escala de Ajustamento Diádico (DAS).

Resultados: O Índice de função eréctil dos homens é influenciado por factores determinantes como a Idade, a Incapacidade funcional, a Depressão e a Ansiedade, a Auto-estima Global, e o Ajustamento Diádico. O índice de funcionamento feminino é influenciado por factores determinantes como a Dor durante a Noite e o Ajustamento Diádico.

Conclusões: A gestão da doença e o seu impacto no comportamento sexual deve ser direccionada não apenas á sua influência a nível físico, mas também tendo em consideração o estado psicológico do individuo. Nesse sentido, devem ser implementadas estratégias de intervenção que promovam a saúde e o bem-estar do individuo com espondilartrite anquilosante.

Palavras-chave: espondilartrite anquilosante, factores determinantes, índice de funcionamento feminino, índice de função eréctil

ABSTRACT

Introduction: Rheumatic diseases are increasingly common as an important social and economic problem. However, there are few studies in Portugal, on the impact of ankylosing spondylarthritis sexuality of individuals.

Objective: To analyze the sexual behavior of individuals with ankylosing spondylarthritis and identify the variables that affect the same.

Methodology: The research falls within the quantitative study, descriptive. Data were collected on a sample of 60 members of the National Association of Ankylosing spondylarthritis (ANEA) with Ankylosing spondylarthritis, including 48 men and 12 women. The instrument used for data collection integrates issues of ca-sociodemographic and clinical characterization, the numeric scale of pain, The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), The Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), The Rosenberg Self-Esteem Scale, The International Index of Erectile Function (IIEF), Female Sexual Function Index (FSFI) and Dyadic Adjustment Scale (DAS).

Results: The index of erectile function of men is influenced by determinants such as age, the Disability, Depression and Anxiety, the Global Self-Esteem, and the Dyadic Adjustment. The female sexual function index is influenced by determinants such as pain during the night and the Dyadic Adjustment.

Conclusions: The management of the disease and its impact on sexual behavior should be directed not only to its influence on the physical outcomes, but also take into consideration the psychological state of the individual. In this sense, should be implemented intervention strategies that promote the health and well-being of the individual with ankylosing spondylarthritis.

keywords: ankylosing spondylarthritis, determinants, index of erectile function, female sexual function index

ÍNDICE GERAL

Pág.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

SIGLAS E ABREVIATURAS

INTRODUÇÃO.....25

PARTE 1- FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

CAPITULO 1 - A ESPONDILARTRITE ANQUILOSANTE.....31

1.1 SINTOMAS..... 33

1.2 MANIFESTAÇÕES MUSCULO-ESQUELÉTICAS.....34

1.3 MANIFESTAÇÕES EXTRA ARTICULARES.....35

1.4 FASE DA DOENÇA.....36

1.5 DIAGNÓSTICO37

1.6 TRATAMENTO.....41

CAPITULO 2 - A SEXUALIDADE E O INDIVÍDUO COM ESPONDILARTRITE ANQUILOSANTE..... 45

1.1 DISFUNÇÕES SEXUAIS..... 47

1.2 ETIOLOGIA..... 49

1.3 PERTURBAÇÕES NAS FASES DO CICLO DE RESPOSTA SEXUAL..... 50

1.4 A SEXUALIDADE DO INDIVÍDUO COM ESPONDILARTRITE ANQUILOSANTE.....56

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA..... 61

CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA..... 63

1.1 – OBJECTIVOS..... 63

1.2 – TIPO DE ESTUDO E DESENHO DA INVESTIGAÇÃO.....65

1.3 – HIPÓTESES.....	67
1.4 – VARIÁVEIS.....	67
1.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	68
1.6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	69
1.7 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	79
1.8 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	81
CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	83
2.1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA.....	83
2.2 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA.....	86
2.3 – CARACTERIZAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	90
2.4 -CARACTERIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO SEXUAL.....	92
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE INFERENCIAL.....	.93
CAPÍTULO 3 – DISCUSSÃO.....	103
3.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	103
CAPÍTULO 4 – CONCLUSÕES.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ANEXO II – INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLHEITA DE DADOS E ESTUDO DE FIDELIDADE

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DA DIRECÇÃO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ESPONDILITE ANQUILOSANTE PARA APLICAÇÃO DO ESTUDO

ANEXO IV – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

ÍNDICE DE FIGURAS

pág.

Figura 1- Mapa de recomendações ASsessment in Ankylosing Spondylitis (ASAS), em associação com a European League Against Rheumatism (EULAR) para o tratamento da E.A.....	42
Figura 2 - Representação gráfica da articulação das variáveis.....	66

INDICE DE QUADROS

pág.

Quadro 1 - Resultado da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (com correcção de significância de Lilliefors) para avaliação da aderência à normalidade do total das escalas utilizadas.....	80
Quadro 2 - Distribuição dos elementos da amostra em função das características sociodemográficas (n=60).....	85
Quadro 3 - Distribuição dos elementos da amostra em função das características clínicas (n=60).....	88
Quadro 4 - Distribuição dos elementos da amostra em função da Auto Estima Global...	91
Quadro 5 - Correlação entre as escalas e subescalas das HADS, AEG e EAD e a escala e subescalas da escala IIEF (n=48).....	99
Quadro 6 - Correlação entre as escalas e subescalas das HADS, AEG e EAD e a escala e subescalas da FSFI (n=12).....	101

INDICE DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 - Pontuação das dimensões do FSFI.....	77
Tabela 2 - Valores descritivos da variável Idade (n=60).....	83
Tabela 3 - Valores descritivos da variável Tempo de diagnóstico da doença (n=60).....	87
Tabela 4 - Distribuição dos elementos da amostra em função da incapacidade funcional (BASFI).....	89
Tabela 5 -Resultados da Correlação de Pearson: Índice da função erétil em função da idade.....	94
Tabela 6 -Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à escala e subescalas da "IIEF" em função da variável "Estado Civil".....	95
Tabela 7 - Correlação entre as variáveis independentes: "Tempo de diagnóstico", "Dor noite", "Dor dia e noite", "BASFI" e "BASDAI" e a escala e subescalas da "IIEF" (n=48).....	96
Tabela 8 - Correlação entre as variáveis independentes "Idade", "Tempo de diagnóstico", "Dor noite", "Dor dia e noite", "BASFI" e "BASDAI" e a escala e subescalas da "FSFI" (n=48).....	97

INDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1 - Distribuição dos elementos da amostra em função da Actividade da doença (BASDAI).....	89
Gráfico 2 - Distribuição dos elementos da amostra em função da DOR sentida..	90
Gráfico 3 - Distribuição dos elementos da amostra em função da Ansiedade e da Depressão.....	90
Gráfico 4 - Distribuição dos elementos da amostra em função do Ajustamento Diádico.....	92
Gráfico 5 - Distribuição dos elementos da amostra em função da Disfunção Erétil.....	92
Gráfico 6 - Distribuição dos elementos da amostra em função da Disfunção Sexual feminina.....	93

SIGLAS E ABREVIATURAS

AINES - Anti-inflamatórios Não Esteróides

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

ASAS - ASsessment in Anklosing Spondylitis

ANEA - Associação Nacional de Espondilite Anquilosante

BASDAI - Bath Anklosing Spondylitis Disease Activitiy Index

BASFI - Bath Anklosing Spondylitis Functional Index

DAS- Escala de Ajustamento Diádico

DE - Disfunção Erétil

DS - Disfunção Sexual

DGS- Direcção Geral de Saúde

DSM - Diagnóstico de Saúde Mental

EAD - Escala de Ajustamento Diádico

EAEG - Escala de Auto-estima Global

EAs – Espondiloartropatias

EULAR - European League Against Rheumatism

FSFI- Índice de Funcionamento Feminino

HADS - Hospital Anxiety Depression

IBM SPSS - International Business Machines- Statistical Package for the Social Sciences

ICD - Classificação Internacional de Doenças

IIEF- Índice Internacional da Função Erétil

INE- Instituto Nacional de Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

SER - SOCIEDAD ESPANOLA DE REUMATOLOGIA

INTRODUÇÃO

As doenças reumáticas constituem o grupo de doenças cada vez mais frequentes, devendo ser vistas como um importante problema social e económico. O impacto negativo que causam a nível da saúde pública tem tendência a ser crescente, tendo em conta os actuais estilos de vida e o aumento da longevidade.

As doenças reumáticas podem definir-se como doenças e alterações funcionais do sistema músculo-esquelético de causa não traumática (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Estas doenças podem ser agudas ou crónicas e atingem todas as faixas etárias, gerando várias repercussões a nível físico, psicológico, familiar, social e económico.

Mas, a dimensão real do problema causado pelas doenças reumáticas ainda não é conhecida com rigor em Portugal, contudo sabe-se que, embora a mortalidade causada por estas doenças seja reduzida, pelo menos 30% da população em geral, refere sintomas músculo esqueléticos, sendo que: 20% possui um problema significativo, ou seja, encontra-se em situação de doença; 7% tem de restringir alguma actividade da vida diária, isto é, apresenta incapacidade e 0,5% está dependente de terceiros, o que significa invalidez (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

Os estudos epidemiológicos que têm vindo a ser realizados no nosso país, evidenciam que as doenças reumáticas têm uma prevalência aproximadamente de 20 a 30%; são causa de 16 a 23% das consultas de clínica geral; ocupam o 2º ou 3º lugar dos encargos decorrentes do consumo de fármacos; constituem a 1ª causa de incapacidade temporária; são responsáveis por 17% dos casos de acamamento definitivo; 26% dos casos com necessidade de utilização de cadeira de rodas, 30% dos casos de mobilidade limitada ao domicílio; 40 a 60% das situações de incapacidade prolongada para certas actividades da vida diária; são responsáveis por 43% dos dias de absentismo laboral por doença e originam o maior número de reformas antecipadas por doença, ou seja, 35 a 41% do seu total (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2004).

Em relação á espondilartrite anquilosante, a sua prevalência na população branca varia entre 0,05 e 1 %, no entanto, em alguns grupos étnicos, a doença pode atingir 4 % da população. Estima-se que, em Portugal, existam entre 30.000 a 50.000 doentes com Espondilartrite Anquilosante. As espondilartropatias, entre as quais se

inclui a espondilartrite anquilosante, atingem preferencialmente, a coluna vertebral e as articulações sacroilíacas, causando importante incapacidade em idades jovens.

Assim, as doenças reumáticas causam grande morbidade, incapacidade temporária, absentismo laboral frequente, incapacidade definitiva precoce de que resulta grande número de reformas antecipadas por invalidez, redução da esperança de vida e impacto económico e social negativo.

Contudo, existem ainda poucos estudos em Portugal que mostrem o verdadeiro impacto que estas doenças têm na vida dos indivíduos, nomeadamente com espondilartrite anquilosante.

A espondilartrite anquilosante (E.A) é uma doença inflamatória crónica de etiologia desconhecida, com marcada tendência para a anquilose óssea e comprometendo, preferencialmente, as articulações sacroilíacas e as articulações da coluna vertebral (QUEIROZ, 2006).

As manifestações clínicas atingem preferencialmente o esqueleto axial, podendo evoluir para um quadro que apresenta rigidez e limitação funcional progressiva (SAMPAIO-BARROS *et al.*, 2004). Caracterizada por surtos inflamatórios no decorrer da doença, a E.A. leva ao aparecimento de sintomatologia álgica, nomeadamente a nível da coluna lombar e das articulações sacroilíacas.

À medida que a doença progride, leva a uma diminuição das amplitudes de movimento, reduzindo as capacidades funcionais dos indivíduos (QUEIROZ, 2006).

Os objectivos do tratamento são a melhoria da funcionalidade tentando manter a mobilidade articular, minimizar deformidades caso a mobilidade seja perdida, aliviar a dor e melhorar a resistência (WARD e TIDSWEELL, 1987).

A espondilartrite anquilosante tem um profundo impacto na qualidade de vida, seja a nível físico, social, psicológico, e sexual. O impacto da artrite na vida sexual dos indivíduos, tem sido descrita na artrite inflamatória, mas é uma área frequentemente negligenciada na qualidade de vida dos doentes com doença reumática (HEALEY *et al.*, 2009).

Alguns estudos têm sido realizados para avaliar o impacto da doença reumática na vida sexual, mas muito pouco tem sido estudado sobre o impacto nos indivíduos com espondilartrite anquilosante. Nesse sentido, e como enfermeira a desempenhar funções na área da reumatologia e futura enfermeira especialista em reabilitação, torna-se importante analisar o seu impacto na sexualidade do indivíduo com espondilartrite anquilosante e identificar as associações entre as várias variáveis.

Como profissionais de saúde, temos o dever e obrigação de estabelecer uma relação de ajuda com o indivíduo, colaborando num processo de readaptação à sua nova condição, centrado nas suas vivências.

Neste contexto, a Enfermagem desempenha um papel fulcral na prestação de cuidados aos indivíduos com espondilartrite anquilosante. Só conhecendo verdadeiramente esta realidade podemos garantir um verdadeiro acompanhamento destes doentes, de forma a contribuir para uma melhoria da sua qualidade de vida. Nesse sentido, pretende-se estudar a sexualidade do indivíduo com espondilartrite anquilosante.

Face a estes pressupostos, levantámos a seguinte questão de investigação: “Qual o comportamento sexual do individuo com espondilartrite anquilosante?”

Para dar resposta a esta questão, delineamos o seguinte **objectivo geral**:

- Analisar o comportamento sexual do indivíduo com espondilartrite anquilosante e identificar as variáveis que interferem no mesmo.

Objectivos Específicos:

- Caracterizar a amostra em termos sociodemográficos, clínicos e psicossociais;
- Analisar o comportamento sexual do individuo com espondilartrite anquilosante;
- Determinar se as variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil) e clínicas (Tempo de diagnóstico, Dor, Incapacidade funcional (BASFI) e actividade da doença (BASDAI)) influenciam a sexualidade do individuo com espondilartrite anquilosante.
- Determinar se as variáveis psicossociais (estado de ansiedade e depressão (HADS), a auto-estima global (AEG) e o ajustamento diádico (EAD)) influenciam a sexualidade do individuo com espondilartrite anquilosante.

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. Uma primeira constituída por uma revisão bibliográfica, ou fundamentação teórica que aborda a temática da espondilartrite anquilosante e a sexualidade. A segunda parte descreve as diversas etapas da investigação empírica.

Compreender o fenómeno do comportamento sexual no individuo com espondilartrite anquilosante torna-se particularmente pertinente na medida em que a compreensão do mesmo poderá indicar estratégias de promoção da mesma, bem como facilitar a promoção e implementação de estratégias que visem o bem-estar, a melhoria da auto-estima, a melhoria do estado de ânimo do individuo com espondilartrite anquilosante, e, previsivelmente, uma melhoria na qualidade de cuidados prestados ao utente.

PARTE I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPITULO 1 - A ESPONDILARTRITE ANQUILOSANTE

A espondilartrite anquilosante ou espondilite anquilosante, é a mais comum das espondilartropatias seronegativas, que constituem um conjunto de artrites agrupadas pela sua tendência ao envolvimento do esqueleto axial (PEREIRA, 2004)

A palavra *espondilite* deriva de *espôndilo* (vértebra em grego), que associada ao prefixo “*ite*” designa a inflamação, ou seja representa uma inflamação ao nível das vértebras. Por outro lado, a palavra *anquilosante* vem da raiz grega *ankylos* que significa curvado, termo que posteriormente ficou ligada à perda de movimento. Por isso, quando uma articulação perdeu a mobilidade e se apresenta rígida, diz-se estar anquilosada (KHAN, 2004).

A espondilartrite anquilosante (E.A) é considerada como uma doença inflamatória crónica de etiologia desconhecida, com marcada tendência para a anquilose óssea e comprometendo, preferencialmente, as articulações sacroilíacas e as articulações da coluna vertebral (QUEIROZ, 2002).

A espondilartrite anquilosante tem uma incidência de cinco em mil portugueses, ou seja, atinge mais de 50 000 habitantes.

É mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino, sendo uma doença que abrange todo o mundo (QUEIROZ, 2002).

As manifestações iniciam-se geralmente pela segunda ou terceira décadas de vida (PEREIRA, 2004), entre os 15 e os 30 anos de idade, mas há formas infantis e outras que começam em épocas tardias da vida (QUEIROZ, 2006). A média situa-se nos 24 mas pode manifestar-se entre os 8 e os 45 anos (KHAN, 2004). Cerca de 80% dos indivíduos com E.A. desenvolvem os primeiros sintomas antes da idade dos 30 anos e menos de 5% depois dos 45 anos (BRAUN & SIEPER, 2007).

A etiopatogenia da espondilartrite anquilosante é desconhecida, contudo os factores genéticos, os ambientais (microbianos), os imunes e os hormonais têm um papel importante no seu aparecimento e perpetuação (QUEIROZ, 2002)

Devido aos factores genéticos, a doença pode aparecer em mais de um membro da mesma família o que é conhecido pelo nome de fenómeno de agregação familiar (KHAN, 2004), havendo uma forte ligação ao antigénio HLA-B27 (QUEIROZ, 2002).

Nos indivíduos que sofrem de E.A., esta molécula é encontrada em 90% dos residentes no norte da Europa, em 80% da população do sul da Europa e em 50% dos afro-americanos. Nos indivíduos não sofredores de E.A. este gene está presente em apenas 8% dos brancos e em 2 a 3% dos afro-americanos (KHAN, 2004).

Contudo, admite-se que não é apenas o gene HLA-B27 que está implicado. O aparecimento desta doença em indivíduos com ausência deste gene, torna plausível a possibilidade de outros genes poderem contribuir para o seu aparecimento (QUEIROZ, 2002)

Os factores hormonais são fundamentados, pelo facto da doença ser mais frequente e mais grave em indivíduos do sexo masculino e pelo facto da testosterona e do rácio estradiol/testosterona ser menor nos doentes com a doença em actividade.

O papel dos factores microbianos tem por base estudos que detectaram a presença da *Klebsiella pneumoniae* nas fezes de doentes com E.A., bem como a serologia positiva para *klebsiella*, *Salmonella* e *Shigella* no soro de doentes com E.A., e ainda a presença de sacroileíte e espondilite na sequência de infecções intestinais. (QUEIROZ, 2002)

Do ponto de vista anatómico patológico, o que caracteriza esta doença, são as lesões entésicas, isto é, as lesões de um processo inflamatório crónico com abundante infiltração de células monoceluladas nas enteses, ou seja, nas inserções dos ligamentos, dos tendões das cápsulas e das aponevroses no osso. Estas lesões são responsáveis pela formação de pontes ósseas (sindesmófitos) que nos casos evoluídos ligam entre si os diferentes corpos vertebrais (QUEIROZ, 2006).

A coluna em “cana de bambu” é o nome dado a esta fusão da coluna (WARD; TIDSWELL, 1987). O nome deve-se à sua aparência nos testes de raio-x e que remete para uma cana de bambu.

Qualquer vértebra pode ser envolvida, excepto talvez a junção atlanto-axial, onde pode ocorrer subluxação. As alterações das articulações sacroilíacas eventualmente levam à fusão. Podem ser encontradas outras alterações na sínfise púbica (erosão) e na articulação manúbrio esternal. A anquilose das articulações costovertebrais leva á diminuição da expansão torácica (WARD E TIDSWELL, 1987).

1.1 SINTOMAS

A E.A. é representativa do quadro de manifestações esqueléticas como a dor, a rigidez, a osteoporose, a fadiga em actividades habituais e a dificuldade em permanecer de pé (QUEIROZ, 2006).

No caso da dor, essa é mal definida, persistente, com predomínio nocturno, agravando-se com o repouso e aliviada com a mobilização, o exercício físico e o banho quente. A rigidez é de predomínio matinal, e está associada à dor, tendo de ser tratada diariamente porque, de outro modo, conduz à perda de movimentos a nível das articulações (QUEIROZ, 2006).

A osteoporose surge geralmente no estágio inicial da evolução da E.A, estando a sindesmofitose a não compensar o osso funcional perdido, mas antes pelo contrário a agravar a perda, por alterar o padrão morfológico da resposta funcional.

A dificuldade em permanecer de pé, é por entesite das fâscias plantares (ROCHA, 2002).

A espondilartrose evolui, por surtos de agudização e de remissão (QUEIROZ, 2006). A evolução por picos pode ser sob a forma de crises inflamatórias totalmente reversíveis que nunca se complicam (sem anquilose) e com períodos intercalares de remissão durante os quais raramente surge qualquer problema.

Contudo, também pode ser sob a forma de crises evolutivas com complicações em determinadas localizações (conduzindo a graus variáveis de rigidez e perda gradual de mobilidade da coluna vertebral) ou sob a forma de uma doença inflamatória crónica e incapacitante, sem qualquer período de acalmia (KHAN, 2004).

Mas é mais frequente, um curso benigno com grandes períodos de remissão espontânea, sendo a doença compatível com uma vida normal. (QUEIROZ, 2002)

Embora, a E.A. não tenha a mesma evolução em todos os indivíduos que atinge. Num período muito inicial, os sintomas podem aparecer e desaparecer, mas quase sempre acabam por se fixar e tornar vários pontos dolorosos, começando a coluna vertebral a perder mobilidade (KHAN, 2004).

O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, quando um jovem do sexo masculino ou do sexo feminino, refere lombalgias que se exacerbam durante a noite, acordando-o, por volta das 2-5 horas da madrugada. Estas lombalgias melhoram com esforços físicos. Frequentemente, irradiam para os membros inferiores, não

ultrapassando o nível dos joelhos, não têm trajecto radicular típico e não se acompanham de alterações neurológicas nem se exacerbam com as manobras de Valsalva.

Para além das lombalgias, os doentes podem referir dorsalgias com ritmo inflamatório, dores intercostais e dores na face anterior do tórax, nas articulações condroesternais. Pode surgir artrites dos membros inferiores, sobretudo dos joelhos e tibiotársicas. (QUEIROZ, 2006)

A nível laboratorial, pode haver anemia, elevação da velocidade de sedimentação, presença do HLA-B27 na maioria dos doentes.

1.2 MANIFESTAÇÕES MUSCULO-ESQUELÉTICAS

Os sintomas iniciais mais característicos são a dor crónica a nível da coluna lombar e a presença de rigidez matinal (KHAN, 2004), ocorrendo uma diminuição da amplitude de movimento da coluna vertebral, nomeadamente nos movimentos de flexão e de extensão (SIEPER, BRAUN, RUDWALEIT, BOONEN & ZINK, 2002).

A dor lombar de carácter inflamatório tem uma aparição insidiosa e sub-aguda, sem relação com esforços físicos e que piora com o repouso, fazendo com que o doente acorde durante a noite e necessite de se levantar para exercitar as articulações alguns minutos para combater a sintomatologia dolorosa, uma vez que esta melhora com a actividade física (SER, 2008).

É uma característica da rigidez matinal desaparecer ao longo da manhã (SER, 2008), ou ser aliviada com a prática do exercício físico, podendo ter uma duração de alguns minutos bem como prolongar-se por várias horas, de acordo com a severidade da patologia (KHAN, 2004). Quando a patologia se torna crónica, ou seja quando os sintomas persistem durante pelo menos três meses seguidos, as dores e a rigidez matinal são frequentemente verificadas em períodos que variam entre trinta minutos e uma hora e meia.

A rigidez refere-se não só à rigidez da coluna vertebral resultante da inflamação, mas também à rigidez provocada por alterações estruturais relacionadas com uma imobilização prolongada (ZOCHLING, VAN DER HEIJDE, DOUGADOS & BRAUN, 2006).

Pode existir um comprometimento a nível das ancas e ombros, havendo estudos que revelam que 30% dos indivíduos com E.A. apresentam queixas relacionadas com essas articulações, sendo necessário uma avaliação do seu comprometimento (KHAN, 2003).

O comprometimento da anca é habitualmente bilateral e instala-se de modo progressivo. A dor é geralmente sentida na virilha, irradiando para o joelho ou para a face anterior da coxa, podendo mudar de uma articulação para a outra e exacerbar-se de madrugada. (SER, 2008).

A inflamação da entese periférica é uma manifestação frequente. A entese é a região anatómica que faz a transição entre os tendões e o osso sobre o qual se fixa o tendão. A inflamação da entese vai conduzir a uma dor muito localizada, dor essa que é despertada pela pressão e que aumenta quando o tendão é colocado sob tensão (MCVEIGH & CAIRNS, 2006).

É frequente existir uma tumefacção e dor a nível do calcanhar por tendinite aquiliana ou na inserção calcaneana da fásia plantar (PRODIGY GUIDANCE, 2005, *apud* WALKER, 2006).

Contudo, a sensibilidade dolorosa pode ocorrer em todo o dorso (região lombar e dorsal), no contorno da bacia óssea, sobre as articulações sacro-íliacas e sobre a região peitoral. O processo de cura e cicatrização que se segue à fase de entesite (inflamação nas enteses) tem como consequência uma gradual limitação da extensão da coluna vertebral por formação de tecido fibroso que se retrai. Este processo pode evoluir até à completa fusão intervertebral. A aptidão para realizar movimentos de extensão e de inclinação lateral da coluna vertebral, sem flectir os joelhos, e a capacidade de rotação costumam ser os primeiros movimentos limitados (KHAN, 2004).

1.3 MANIFESTAÇÕES EXTRA ARTICULARES

A uveíte anterior aguda é a complicação extra articular mais comum da espondilartrite anquilosante e surge como consequência da inflamação da parte anterior do olho e que atinge a íris e o corpo ciliar (SER, 2008). A uveíte ocorre em 25-40% dos doentes e em mais de 95% dos casos, a uveíte é aguda, com tendência a recidiva, unilateral em cada surto e associada ao HLA-B27 (SER, 2008).

Na maioria das vezes, traduz-se por um olho vermelho e doloroso no seu todo, com dificuldades em enfrentar a luz, lacrimejo em excesso, e em alguns casos, visão turva (Rocha, 2002). A pupila é pequena, a íris apresenta edema, podendo estar ligeiramente descolorada comparativamente ao olho contra lateral (KHAN, 2003).

O envolvimento pulmonar na E.A. é pouco frequente, embora em fases avançadas da doença a fusão das articulações costovertebrais contribuem para limitações de mobilidade da caixa torácica, conduzindo a um padrão ventilatório do tipo restritivo (SER, 2008)

A rigidez a nível torácico ocorre com a anquilose das vértebras torácicas, nas articulações costovertebrais, nas articulações esternocostais e nas articulações esternoclaviculares. Além dessa perda de movimento a nível costal, podem surgir deformidades, que em casos mais severos, levam a uma respiração unicamente diafragmática (FISHER, CAWLEY & HOLGATE, 1990). Essa rigidez a nível da parede torácica nos indivíduos com E.A. traduz-se numa expansão torácica reduzida durante a inspiração, provocando uma limitação dos movimentos pulmonares e uma menor capacidade vital (DURGUN & ERDOGAN, 2006; WALKER, 2006).

Os indivíduos com E.A. apresentam fadiga dos músculos inspiratórios durante a realização de exercícios e um volume de oxigénio máximo reduzido, podendo essas limitações ter implicações nas actividades da vida diária e na qualidade de vida desses indivíduos (INCE *et al.*, 2006). No entanto, os indivíduos espondilíticos conseguem manter um funcionamento correcto a nível pulmonar devido às compensações exercidas pela musculatura diafragmáticas (ROURA, 2005).

1.4 FASE DA DOENÇA

O curso clínico da doença é muito variável uma vez que a limitação a deformidade vertebral aumentam em consonância com o tempo de evolução e o seu grau varia de um indivíduo para outro (SER, 2008)

À medida que avança o processo, a limitação da coluna lombar é permanente, tanto no plano sagital como no frontal. Nesta fase, a musculatura paravertebral atrofia-se e a lordose lombar desaparece. O indivíduo apresenta dor de ritmo inflamatório, que

persiste durante anos, embora seja frequente que ceda com o passar do tempo. Ao longo de vários meses e anos o processo mostra uma tendência topográfica ascendente com progressão para a região dorsal e torácica e com o estabelecimento de uma cifose harmónica, de que resulta uma projecção da cabeça e do tronco para a frente (SER, 2008).

Sampaio-Barros *et al.* (2004) referem que os indivíduos desenvolvem uma postura caracterizada pela rectificação da lordose lombar e acentuação da cifose dorsal e cervical (posição curva para a frente), sendo por isso comparada à “postura do esquiador”.

A amplitude dos movimentos da caixa torácica pela anquilose costovertebral, está restringida, existindo compromisso pulmonar.

Nos estágios mais tardios, os indivíduos com E.A. apresentam uma acentuada cifose dorsal, perda da lordose lombar e uma fixação anteriorizada da postura tendo muita dificuldade para se manterem deitados (PORTER *et al.*, 2006).

Com a progressão da doença, é afectada a região cervical, com longos períodos de dor, restrição progressiva da mobilidade e aparecimento de uma deformidade com o pescoço e cabeça para a frente. Não existem diferenças significativas na expressão clínica da doença em função do sexo, embora exista uma menor progressão da espondilartrite anquilosante na mulher.

Essas deformidades podem acompanhar-se por uma flexão a nível dos joelhos e das ancas para manter o equilíbrio na posição de pé. De facto, os indivíduos com E.A. são confrontados com consequências dolorosas impostas pela gravidade. O ciclo vicioso dor e má postura leva a terem tendência para se curvar quando existe dor a nível da coluna vertebral, o que por sua vez aumenta a deformidade da coluna (SAA, 2005). Por isso, é imprescindível o ensino sobre um alinhamento correcto de todo o corpo, com o objectivo de prevenir deformações a nível da coluna vertebral, e principalmente a nível dorsal (WALKER, 2006), evitando que a rigidez se instale numa postura viciosa (KHAN, 2004).

1.5 DIAGNÓSTICO

Quanto ao diagnóstico, este é simples quando a doença está evoluída, uma vez que a postura do doente mostra uma hiperlordose cervical, hipercifose dorsal, rectificação lombar, ancas em semiflexão e respiração exclusivamente abdominal em consequência do envolvimento das articulações da caixa torácica pelo processo inflamatório (QUEIROZ, 2002).

QUEIROZ (2006) refere que o diagnóstico precoce de E.A. deve ser evocado em todo o jovem do sexo masculino ou feminino, com:

- lombalgias persistentes com algumas características que as permitem distinguir de lombalgias com outras causas. As lombalgias são mais baixas e mais laterais, localizadas nas regiões glúteas (sacroilíacas), e não acalmam com o repouso nocturno exacerbando-se, com o calor da cama e acordando, frequentemente o doente entre as 2 e as 5 horas da madrugada. Têm, por via da regra, tenazes e agravam-se progressivamente ao longo de semanas ou de meses;

- ciáticas, também com alguns caracteres que as permitem distinguir das ciáticas comuns por conflito disco-radicular. São um trajecto bilateral, e em báscula. Tal como a lombalgias têm um ritmo inflamatório exacerbando-se à noite. Têm, pois, um trajecto radicular atípico, e não se acompanham de sinais neurológicos;

- dorsalgias com irradiação intercostal;

- rigidez da coluna que se pode acompanhar ou não de dor e é, sobretudo, matinal e de duração superior a 30 minutos. Embora nos casos iniciais, a dor pode ser muito fugaz e desaparecer após os primeiros movimentos;

- talalgias que normalmente são bilaterais, mas também podem ser unilaterais, com exacerbação nocturna, traduzindo uma tendinite de inserção;

- mono ou oligoartrite crónica das grandes e médias articulações, preferencialmente nos membros inferiores. Este modo de início surge em 20-25% dos casos, segundo a maioria dos autores, e atrasa, por vezes o diagnóstico da doença, dado que artrite periférica pode permanecer aparentemente sem comprometimento do ráquis durante meses ou anos;

- iridociclites (uveítes anteriores não granulomatosas) podem constituir a primeira manifestação em alguns doentes, pelo que toda a uveíte em jovens deve conduzir à radiografia das sacroilíacas.

A avaliação da articulação sacroilíaca e da coluna vertebral (incluindo a coluna cervical), a medição da expansão torácica e das amplitudes de movimento a nível das ancas e dos ombros, tal como a procura de sinais de enteses representam pontos cruciais para um diagnóstico precoce da E.A (KHAN, 2003).

Pela elevada prevalência que a E.A. conhece na população, surgiu a necessidade de desenvolver critérios de classificação da E.A. (BRAUN & SIEPER, 2007).

Nesse sentido, foram criados critérios de diagnóstico, modificados pela última vez em 1984, em Nova Iorque (BRAUN & SIEPER, 2007):

Critérios clínicos:

- *Dor na parte inferior das costas e rigidez durante um período superior a 3 meses, que melhoram com a prática de exercício mas não com o repouso.*
- *Limitação da amplitude de movimento da coluna lombar, no plano sagital e no plano frontal.*
- *Limitação da expansão torácica relativamente a valores considerados normais para a idade e o sexo do indivíduo.*
- *Critério radiológico: sacro-iliíte com um grau ≥ 2 bilateralmente, ou com um grau 3 ou 4 unilateralmente.*

É diagnosticado E.A. se o critério radiológico estiver associado com pelo menos um dos critérios clínicos (BRAUN & SIEPER, 2007).

Os critérios de “limitação da amplitude de movimento a nível da coluna lombar” e “limitação da expansão torácica” reflectem a duração da patologia, não estando normalmente presente nos estádios iniciais da E.A. (VAN DER LINDEN & VAN DER HEIJDE, 2003).

O aparecimento dos critérios de Nova Iorque veio antecipar a possibilidade de diagnosticar a doença a “*meio tempo evolutivo*” mas continuou a ter como base consequências da evolução consentida: rigidez lombar, rigidez torácica, lesões sacroilíacas, já suficientemente estabelecidas para permitirem tradução na imagem

radiográfica. O diagnóstico por estes critérios apresenta-se então como sendo lesional, isto é, pós funcional (ROCHA, 2002).

O verdadeiro diagnóstico “*em tempo clínico*” entendido como reconhecimento do quadro inflamatório em período que permita organizar um plano eficaz de controlo evolutivo da doença, isto é, de modo a impedir ou atrasar e minimizar as consequências previsíveis da evolução espontânea do caso, pode ser facilitado com os critérios de diagnóstico de Espondiloartropatia, que são os critérios de Amor e os critérios do Grupo Europeu para o Estudo das Espondiloartropatias (ROCHA, 2002).

CrITÉRIOS de Amor para as Espondiloartropatias (EApts):	Pontuação
1. <i>Lombalgias ou dorsalgias nocturnas e/ou rigidez matinal</i>	1
2. <i>Oligoartrite assimétrica</i>	2
3. <i>Dores glúteas: mal definidas</i>	1
<i>saltando de lateralidade</i>	2
4. <i>Dedo (mão ou pé) em salsicha</i>	2
5. <i>Entesopatia</i>	2
6. <i>Uveíte Anterior Aguda</i>	2
7. <i>Uretrite não gonocócica ou cervicite que antecedeu uma artrite em menos de um mês</i>	1
8. <i>Diarreia que antecedeu uma artrite em menos de um mês</i>	2
9. <i>Presença de lesões ou antecedentes de psoríase ou balanite ou enterocolopatia crónica</i>	2
10. <i>Sinais radiográficos de sacro-iliíte bilateral, se em estágio dois ou acima, ou unilateral, se em estágio três ou acima</i>	2
11. <i>Presença do HLA-B27 ou antecedentes familiares de E.A., síndrome de Reiter, psoríase, UAA ou enterocolopatia crónica</i>	2
12. <i>Melhoria das dores após 48 horas de anti-inflamatório não esteróide em doses terapêuticas e retorno rápido das queixas às 48 horas de suspensão do mesmo</i>	2

Se desta listagem estão presentes os critérios bastantes para atingir a soma de 6 ou mais pontos, estará presente um caso de espondiloartropatia a esclarecer com uma entidade clínica (Rocha, 2002).

Crítérios do Grupo Europeu para o Estudo das Espondiloartropatias
(ROCHA, 2002):

Associação de raquialgia Inflamatória ou de sinovite assimétrica ou predominando nos membros inferiores com uma das seguinte situações:

- *História familiar de espondiloartropatia, uveíte ou enterocolopatia;*
- *Psoríase;*
- *Enterocolopatia inflamatória;*
- *Entesopatia;*
- *Imagem radiográfica de sacro-iliíte.*

Esses critérios têm de ser bem conhecidos por todos os médicos que avaliem doentes com “queixas do aparelho locomotor”, por oftalmologistas, gastroenterologistas, urologistas, dermatologistas e outros clínicos (ROCHA, 2002)

1.6 TRATAMENTO

Quanto ao tratamento da espondilartrite anquilosante, este tem como objectivos preservar a mobilidade das articulações e evitar as deformações e assenta em 3 pontos essenciais: medidas de ordem geral, medicamentos, exercícios e desportos criteriosamente seleccionados e raramente há necessidade de se recorrer á cirurgia (QUEIROZ, 2003).

A SER (2008) salienta que os objectivos do tratamento são a redução da dor e da rigidez articular, prevenção da anquilose e das deformidades de forma a conseguir-se uma boa capacidade funcional e uma óptima qualidade de vida.

Assim, o tratamento que visa principalmente, prevenir a deformidade assenta no uso dos anti inflamatórios não esteróides, na cinesiterapia correctiva postural da ráquis e na cinesiterapia respiratória e na prática de natação em piscina aquecida (QUEIROZ, 2002).

O grupo de trabalho “Assessment in Ankylosing Spondylitis” (ASAS), em associação com a European League Against Rheumatism (EULAR) propôs as seguintes recomendações para o tratamento da E.A. (ZOCHLING, *et al.*, 2006):

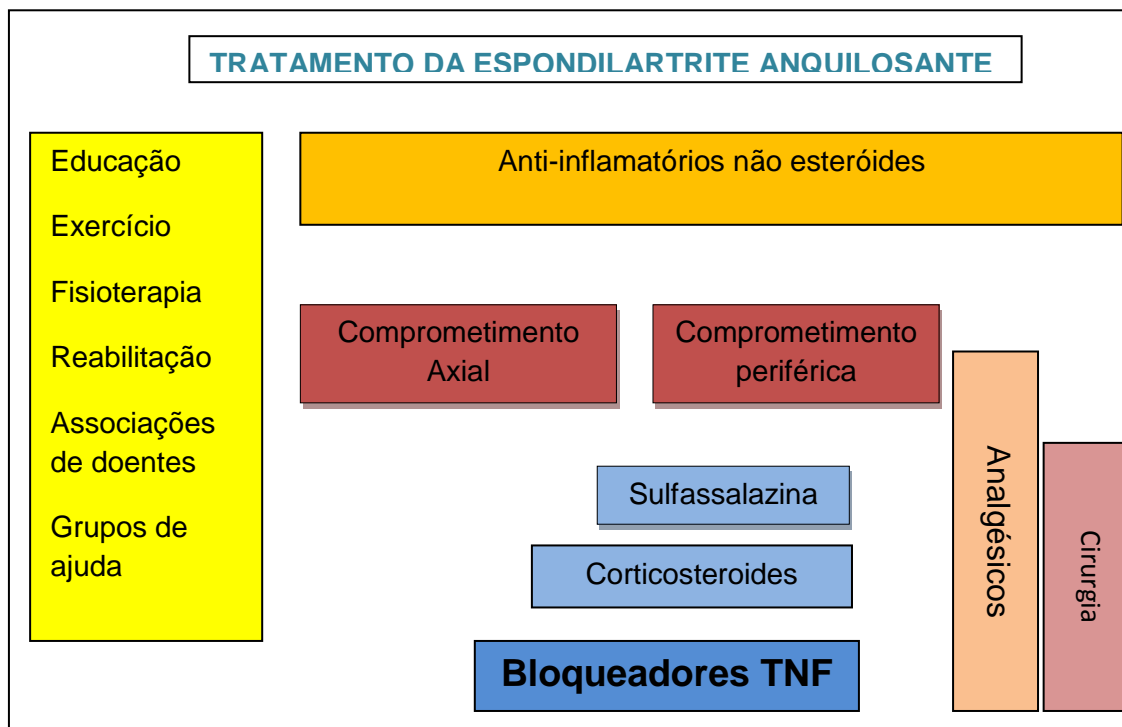


Figura 1: Mapa de recomendações ASassessment in Ankylosing Spondylitis (ASAS), em associação com a European League Against Rheumatism (EULAR) para o tratamento da E.A. (ZOCHLING, J. *et al.*, 2006).

O tratamento da E.A. deve ser escolhido de acordo com as manifestações da patologia, da severidade dos sintomas e outros factores como as expectativas do próprio utente (BRAUN & SIEPER, 2007).

Os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) constituem a pedra angular do tratamento médico da E.A. No entanto, desconhecem-se se estes modificam a história natural da doença entendida como a progressão de dano estrutural, sendo os resultados de diversos estudos pouco conclusivos. Porém, na maioria dos doentes exerce um efeito benéfico imediato, com melhoria da dor e da rigidez. Em 25-30% dos casos não se consegue um controlo adequado dos sintomas (SER, 2008).

Considera-se que uma má resposta aos AINE nos primeiros anos de doença é um factor de mau prognóstico.

O programa de exercícios do doente com EA é um componente fundamental do seu tratamento e visa de forma sequencial, primeiro a flexibilização vertebral máxima e só depois o esforço muscular e a correcção postural, sempre através de exercícios vertebro-respiratórios.

Deve ser feito ensino sobre as posições de repouso adequado para prevenção e tratamento das deformações raquidianas e dos membros. O fortalecimento muscular só deve ser iniciado após flexibilização máxima da ráquis.

A correcção postural deve ser realizada no doente cuja ráquis foi previamente flexibilizado, devendo ser realizada de forma progressiva detectando e corrigindo deficiências posturais com a utilização do plano de referência. Deve ser efectuado esforço suplementar na educação dos hábitos de higiene e de estilo de vida. (JOSÉ, MARTELO, MARQUES, 2005).

Os anti-inflamatórios não esteróides são necessários para que o doente espondilítico consiga dormir em paz, possa ter um acordar razoável, possa cumprir as actividades profissionais, mas sobretudo para que possa fazer o tratamento de defesa mecânico, ou seja conservar a aptidão motora, atrasar o envelhecimento precoce do esqueleto e impedir o aparecimento das deformidades que originam incapacidade global, cumprindo para isso um programa de exercícios (ROCHA, 2002).

Actualmente, recorre-se à conjugação de uma terapêutica medicamentosa baseada em AINEs associada à realização de um programa de exercícios regulares (BRAUN & SIEPER, 2007). Podem ser utilizados os analgésicos para alívio de dor.

Dependendo das situações, são utilizados os fármacos modificadores lentos da actividade da doença mais tradicionais como o metotrexato, leflunomida, sulfassalazina ou os novos fármacos biológicos que são bloqueadores TNF como o infliximab, adalimumab, etanercept (BRANCO, 2010).

**CAPITULO 2 - A SEXUALIDADE E O INDIVÍDUO COM ESPONDILARTRITE
ANQUILOSANTE**

CAPITULO 2 - A SEXUALIDADE E O INDIVÍDUO COM ESPONDILARTRITE ANQUILOSANTE

A sexualidade é a principal forma que permite os indivíduos apresentarem-se aos outros não só como pessoas, mas também como homem e mulher. A sexualidade da pessoa expressa-se na forma como ela se veste, cheira, fala, anda, toca e olha para si e para os outros. As pessoas também podem expressar a sua sexualidade na maneira como pensam e sentem em relação a si mesmas ou aos outros. Deste modo, a sexualidade inclui várias facetas da personalidade individual como o afecto, o companheirismo, intimidade e amor. A sexualidade pode ser definida como a integração dos aspectos físicos, emocionais, intelectuais e sociais da personalidade individual e que se expressa na masculinidade ou na feminilidade. (SIPSKI, ALEXANDER, 1997).

A sexualidade pode ser a parte mais importante da reabilitação por causa da sua relação com a auto-estima e imagem corporal em conjunto com outros factores. SIPSKI e ALEXANDER (1997) apontam a importância que Sigmund Freud e outros deram ao papel do amor e do trabalho como os alicerces de uma boa saúde mental. Assim, o papel da sexualidade não pode ser subestimado no processo da reabilitação.

Deste modo, a sexualidade é muito mais do que sexo para orgasmo e procriação. A sexualidade é considerada uma forma de auto-identidade, de comunicação, de partilha de prazer, de aprofundar intimidade e um redutor de tensão (MCCARTHY & BODNAR, 2005). Tanto homens como mulheres são muito semelhantes sexualmente, uma vez que têm a capacidade de experienciar desejo, excitação, orgasmo e satisfação sexual (MCCARTHY & BODNAR, 2005).

1.1 DISFUNÇÕES SEXUAIS

A sexualidade também pode ser conflituosa, disfuncional ou inexistente, potencializando em 50-70% o declínio da vitalidade e da intimidade conjugal. (MCCARTHY & BODNAR, 2005).

Actualmente, a classificação e o diagnóstico das disfunções sexuais encontra-se no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) da American Psychiatric Association (APA, 2000) e na Classificação Internacional de Doenças (ICD) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1992), com a finalidade de existir uma certa convergência dos critérios de classificação.

De acordo com o DSM-IV-TR, as disfunções sexuais caracterizam-se por perturbações relacionadas com o desejo sexual e por alterações psicofisiológicas do ciclo de resposta sexual ou na dor que se associa à relação sexual e que promovem mal-estar e dificuldades de relacionamento interpessoal.

Segundo o ICD-10 (WHO, 1992), a disfunção sexual refere-se à incapacidade de "participar numa relação sexual como se gostaria". Esta disfunção exprime-se de várias formas: no homem como uma insuficiência mantida do interesse e/ou da performance sexual e na mulher pela qualidade repetidamente insatisfatória da experiência. O que é encarado como relação sexual normal, depende, em parte, das expectativas das duas pessoas envolvidas.

O início da disfunção sexual, pode ser indicado por um dos seguintes subtipos (NOBRE, 2006): Tipo ao Longo da Vida caracterizado por as disfunções sexuais que permanecem desde o início do funcionamento sexual e o Tipo Adquirido, caracterizado pela disfunção sexual que inicia o seu desenvolvimento após um período de funcionamento sexual normal.

O contexto em que a disfunção sexual ocorre ainda pode ser indicado pelos seguintes subtipos: Tipo Generalizado, em que este subtipo caracteriza a disfunção sexual não circunscrita a determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros; e Tipo Situacional em que este subtipo caracteriza a disfunção sexual que está limitada a determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.

A disfunção sexual ainda pode ser secundária a um estado físico geral, existindo evidência no quadro clínico de que a disfunção sexual é explicada inteiramente pelos efeitos fisiológicos directos de um estado físico geral, resultando em elevado mal-estar ou dificuldade interpessoal (NOBRE, 2006).

Na fase do Desejo, podem suceder a Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo e a aversão Sexual, tanto no homem como na mulher. A fase da Excitação pode ser perturbada no homem pela Disfunção Eréctil e na mulher pela Perturbação da Excitação Sexual. Estas perturbações são obstáculos aos pensamentos ou fantasias sexuais e impedem que se inicie a actividade sexual fazendo com que, homens e mulheres, se vejam como seres assexuados (APA, 2000; LEIBLUM & ROSEN, 1998).

A fase de Orgasmo no homem poderá ocasionar a Perturbação do Orgasmo e a Ejaculação Precoce, e, na mulher, a Perturbação do Orgasmo. Na categoria Dor, identifica-se no homem a Dispareunia e, na mulher, a Dispareunia e o Vaginismo (APA, 2000).

1.2 ETIOLOGIA

As causas imediatas das disfunções sexuais são descritas como surgindo de um ambiente anti-erótico destrutivo, causado pelo casal (KAPLAN,1995). Existem outras causas como o evitamento ou falha do casal em desenvolver o comportamento sexual que é excitante e estimulante para os dois; a ansiedade sexual; a tendência para construir defesas perceptuais e intelectuais contra o prazer erótico, gerando conflitos bloqueadores; e a falha do casal em partilhar, abertamente e sem culpa, os seus desejos, sentimentos e respostas sexuais (PECHORRO, 2006).

Assim, os factores etiológicos associados à disfunção sexual (de acordo com as classificações atrás descritas) podem ser secundários a factores psicológicos, e que se caracterizam pela presença de factores psicológicos no desempenho sexual, com um papel relevante no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da disfunção sexual e em que o estado físico geral ou a indução de substâncias, não estão implicados na etiologia da disfunção sexual. Podem ser secundários a factores combinados e que se caracterizam pela presença de factores psicológicos no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da disfunção sexual e em que o estado físico geral ou a utilização de substâncias (incluindo os efeitos colaterais da medicação), contribuem na etiopatogenia da disfunção sexual. Por isso, pode existir disfunção sexual secundária a um estado físico geral e/ou disfunção sexual induzida por substâncias.

As disfunções sexuais podem assim resultar, de problemas orgânicos (apenas em 5 a 10% dos casos), de conflitos intrapsíquicos ou interpessoais ou de uma combinação de ambos. O comportamento sexual, e a resposta sexual em concreto, são muito frágeis ante situações de ansiedade - com efeito, a ansiedade supõe uma activação do sistema nervoso autónomo o que, em grande medida, é incompatível com o desenrolar de respostas como a erecção e a lubrificação vaginal - e esta, por sua vez, tem origem em muitos factores que são exemplo os temores e os preconceitos sexuais,

a falta de comunicação e as expectativas sobre a própria capacidade sexual (KAPLAN, 1995)

1.3 PERTURBAÇÕES NAS FASES DO CICLO DE RESPOSTA SEXUAL

No DSM-IV-TR (APA, 2002), a disfunção sexual é definida como uma perturbação no ciclo da resposta sexual ou como dor durante a relação sexual, geradora de sofrimento para o próprio e fonte de dificuldades no relacionamento interpessoal. São descritas quatro categorias primárias: perturbação do desejo sexual; perturbação da excitação sexual; perturbação do orgasmo e perturbação de dor sexual.

Perturbações do desejo Sexual

A perturbação do desejo sexual hipoactivo caracteriza-se por uma deficiência ou ausência de fantasias sexuais e da falta de desejo de envolvimento na actividade sexual, de forma persistente ou recorrente, e que causa acentuado mal-estar pessoal ou dificuldades interpessoais. Pode apresentar-se sob a forma de inibição da excitação ou de inibição do orgasmo (NOBRE, 2006).

Podendo definir-se o desejo sexual hipoactivo, pela diminuição do número de vezes, que um parceiro se sente incitado a iniciar um contacto sexual dentro de uma relação em comparação com o padrão habitual de funcionamento anterior.

Contudo, é importante salientar que não se deve confundir o desejo sexual com a frequência da actividade sexual, visto que uma pessoa pode ter pouco desejo sexual e, no entanto, manter contactos sexuais com o intuito de agradar ao seu companheiro. Na perturbação do desejo sexual é evidente também uma ausência de motivação para envolvimento em actividade sexual relacionada usualmente com stress crónico, depressão, perturbações de ansiedade ou conflitos relacionais (HULBERT E POWELL, 1993; DONAHEY E CARROLL, 1993; STUART, HAMMOND E PETT, 1987 *apud* NOBRE 2006).

O uso de fármacos como antihipertensores, neurolépticos e sedativos, antidepressivos, medicação anticonvulsiva, agentes quimioterapêuticos, medicação usada no tratamento do glaucoma podem fazer diminuir o desejo.

A abstinência de sexo por períodos prolongados de tempo resulta, por vezes, na supressão dos impulsos sexuais. A perda de desejo pode também ser uma expressão de hostilidade para com um parceiro ou o sinal de deterioração de uma relação (GONÇALVES, 2005).

A falta de desejo sexual afecta tanto homens como mulheres, mas a sua frequência é maior nas mulheres. Nos homens, a falta de desejo surge associado à disfunção erétil, enquanto nas mulheres pode surgir acompanhado de dificuldades de excitação e orgasmo (NOBRE, 2006).

A perturbação de aversão sexual é a segunda disfunção relacionada com o desejo sexual e é definida como uma resposta aversiva extrema e por um evitamento activo de contacto genital com o parceiro sexual. Caracteriza-se por uma resposta fóbica, normalmente associada à lembrança de um episódio traumático (NOBRE, 2006.), como violações, abusos sexuais, humilhações ou por outro lado ao medo de contrair uma doença sexualmente transmissível. O DSM-IV-TR (2000) *apud* Nobre (2006), descreve a resposta de confronto com uma situação sexual como um típico ataque de pânico, podendo incluir ansiedade extrema, palpitações, tonturas, náuseas ou sensação de desmaio. A prevalência da aversão sexual será mais comum nas mulheres do que nos homens (BACH, WINCZE E BARLOW, 2001 *apud* NOBRE, 2006)

Perturbações da excitação

As perturbações de excitação sexual podem caracterizar-se como uma dificuldade na resposta cognitiva, emocional e fisiológica de excitação sexual, podendo envolver mesmo a ausência de resposta fisiológica que normalmente acompanha a excitação sexual masculina ou feminina. (NOBRE, 2006). Estas dificuldades na resposta fisiológica são habitualmente acompanhadas por respostas emocionais caracterizadas pela ausência de prazer ou de sensação de excitação sexual subjectiva e por respostas cognitivas caracterizadas por uma diminuição do foco de atenção em estímulos eróticos ou fantasias sexuais. (NOBRE, 2006). O DSM-IV-TR (2000) *apud* NOBRE (2006) distingue a perturbação da excitação sexual na mulher da disfunção erétil no homem.

Deste modo, as disfunções ocorrem quando, durante a fase de estimulação sexual, há uma resposta vasocongestiva insuficiente, resultando em incapacidade para

atingir e manter a erecção do pénis ou a lubrificação da vagina suficiente para o desempenho satisfatório da actividade sexual (VIEIRA, 1996).

A perturbação da excitação sexual na mulher caracteriza-se por uma persistente ou recorrente incapacidade, total ou parcial, de atingir ou de manter uma resposta adequada de excitação sexual, caracterizada por vasocongestão da pélvis, lubrificação vaginal e expansão e intumescimento dos genitais exteriores até à concretização do acto sexual. (NOBRE, 2006).

A prevalência desta perturbação é geralmente subestimada, admitindo-se que seja muito frequente. Em Portugal, Gomes e colaboradores (1997) apontam para uma percentagem de 12% deste tipo de disfunção. Num estudo de casais relativamente harmoniosos, 33% das mulheres descreviam dificuldade em manter a excitação sexual. Destacam-se diversos factores de origem orgânica/biológica para a perturbação da excitação sexual, como o processo de envelhecimento, a patologia vascular ou neurológica, as alterações hormonais, ou o efeito da medicação antidepressivos, etc.). Em relação aos factores psicossociais, estudos empíricos têm indicado a importância de diversas variáveis de cariz emocional cognitivo e interpessoal. Outro factor é o tipo de relacionamento com o parceiro e a comunicação com ele. (NOBRE, 2006).

Assim, ainda que se devam excluir problemas orgânicos, os principais factores etiológicos da excitação sexual na mulher são os psicológicos e educativos (expectativas traumáticas, desconhecimento,) e, em outros casos, a principal causa encontra-se no facto de o companheiro procurar o prazer próprio imediato na relação sexual. Como no homem, também se pode gerar ansiedade que perpetua o problema (VIEIRA,1996).

A perturbação erétil no homem ou disfunção erétil é definida pela persistente ou recorrente incapacidade para atingir ou manter uma adequada erecção suficientemente firme para permitir a introdução do pénis e concretizar o acto sexual de forma satisfatória. A disfunção erétil (DE) pode ter existido sempre (o homem nunca conseguiu ter uma erecção suficiente para a penetração vaginal), pode ser adquirida (perdeu a capacidade de ter uma erecção suficiente para a penetração) ou pode ser situacional (consegue ter coito em certas circunstâncias, mas não noutras) (KAMINETSKY, 2008).

Ao contrário da perturbação da excitação na mulher, a disfunção erétil constitui uma das mais frequentes queixas dos homens que procuram ajuda nas clínicas de sexologia (SIMONS E CAREY (2001) *apud* NOBRE, (2006)) na sua maioria, surge após

um período de funcionamento sexual normal, podendo estar associado a diversos factores psicossociais ou médicos/biológicos.

Estudos identificam como factores: o avanço da idade; o estado civil sendo mais frequente em divorciados e viúvos; o nível educacional, sendo diminuída esta dificuldade em função do aumento do nível educacional; doenças como diabetes, doenças cardiovasculares; tratamento para hipertensão; úlceras, artrites, alergias e consumo de tabaco. Os factores de risco biológico estão associados às alterações nos sistemas endócrino (níveis baixos de testosterona), cardiovascular e neurológico (epilepsia, esclerose múltipla, diabetes, lesões na espinal medula. Existe alguma evidência em relação aos efeitos negativos do consumo de álcool dada a sua actuação no sistema neurológico. Os efeitos negativos da medicação antidepressiva e anti-hipertensiva tem sido amplamente demonstrada. Em relação aos factores psicossociais, diversos estudos defendem a influência de variáveis cognitivo-afectivas e interpessoais, que envolvem um estilo atribucional autocrítico, expectativas negativas relativamente ao desempenho sexual, humor negativo e foco da atenção em estímulos não eróticos, atitudes sexuais negativas e conservadoras e crença em mitos sexuais. Além destes factores, as dificuldades de relacionamento e má comunicação com o parceiro têm também demonstrado estar relacionadas com a disfunção erétil (NOBRE, 2006)

Perturbações do orgasmo

Há três categorias diagnósticas relacionadas com a fase do orgasmo do ciclo da resposta sexual: perturbação do orgasmo na mulher, perturbação do orgasmo no homem e ejaculação prematura.

A perturbação do orgasmo na mulher, define-se como a inibição, recorrente ou permanente, do orgasmo feminino, manifestada pelo atraso ou pela ausência recorrente do orgasmo após uma fase de excitação normal considerada adequada no seu foco, na sua intensidade e na sua duração, ou seja é a incapacidade da mulher atingir o orgasmo pela masturbação ou pelo coito (PACHECO, 2000).

O estudo da fisiologia da resposta sexual feminina mostrou que os orgasmos resultantes da estimulação do clítoris e da estimulação vaginal são fisiologicamente idênticos, embora algumas mulheres refiram uma especial sensação de satisfação com um orgasmo precipitado pelo coito. Alguns investigadores atribuem esta satisfação às sensações psicológicas de proximidade que o coito transmite, mas outros defendem que

o orgasmo resultante do coito é uma experiência fisiologicamente diferente. A incidência do orgasmo aumenta com a idade, ocorrendo o primeiro orgasmo durante a adolescência em cerca de 50% das mulheres. O aumento do potencial orgásmico com a idade pode ser explicado pela menor inibição psicológica e pela maior experiência sexual (Pacheco, 2000).

A perturbação do orgasmo na mulher constitui, a par com a falta de desejo sexual, uma das mais frequentes queixas.

Estudos acerca da influência de factores biológicos na etiologia das perturbações do orgasmo apontam para os seguintes fenómenos: problemas neurofisiológicos, patologia endócrina, medicação (antidepressivos), consumo de álcool e doenças crónicas (diabetes, esclerose múltipla). (NOBRE, 2006). Sendo destacada a importância dos aspectos relacionais na precipitação e manutenção destas dificuldades.

A perturbação do orgasmo no homem, é definida como o persistente ou recorrente atraso ou ausência do orgasmo, após uma fase de excitação considerada normal, que causa mal-estar acentuado ou dificuldades interpessoais. (NOBRE, 2006). Quanto à etiologia desta disfunção, tem-se atribuído aos efeitos de medicação como fármacos, incluindo os antipsicóticos (sobretudo a tioridazina), os inibidores da monoamino-oxidase, os inibidores selectivos da recaptção da serotonina, os anti-hipertensores (guanetidina, alfa-metildopa) ou resultante de doenças neurológicas como o Parkinson, a seringomielia ou a esclerose múltipla (COZZA, K., ARMSTRONG, S., 2003).

Entre os factores psicossociais, admite-se a influência da presença de um sistema de crenças extremamente negativo relativamente ao sexo, experiências sexuais traumáticas ou problemas relacionados com a orientação sexual (WINCZE E CAREY (2001) *apud* NOBRE (2006)).

A ejaculação prematura é definida como a persistente ou recorrente ejaculação com estimulação sexual mínima, antes, durante ou logo após a penetração e antes que o sujeito o deseje, causando mal-estar ou dificuldades interpessoais. (NOBRE, 2006)

O diagnóstico feito quando o homem ejacula antes ou imediatamente após a penetração vaginal. Têm que se ter em conta factores que afectam a duração da fase de excitação como a idade, a novidade do parceiro sexual e a frequência e a duração do coito (NOBRE, 2006). É mais comum entre homens mais jovens, especialmente durante as suas primeiras relações sexuais. A ejaculação precoce é mais habitualmente referida entre homens com nível de escolaridade superior. É a principal queixa de cerca de 35-40% dos homens tratados por perturbações sexuais. As dificuldades no controlo da

ejaculação podem estar associadas a hipersensibilidade à estimulação do pénis. Existem também diversos factores orgânicos que se dividem em factores anatómicos (malformações genitais), factores patológicos (infecções do tracto urinário, doenças inflamatórias da pélvis, tumores pélvicos, endometriose) e factores iatrogénicos (intervenções cirúrgicas dos órgãos genitais e reprodutivos). Por outro lado, entre os factores etiológicos psicossociais destacam-se respostas emocionais de ansiedade e medo, crenças sexuais baseadas em rígidos princípios religiosos, baixa auto-estima e imagem corporal, histórias de abuso ou trauma sexual e dificuldades de relacionamento interpessoal.

Perturbações da dor

A dor e o desconforto associados à actividade sexual são as características principais destas disfunções, que incluem a dispareunia (coito doloroso), situação que pode ocorrer em ambos os sexos, e o vaginismo, que é uma perturbação exclusivamente feminina. A dispareunia consiste na dor genital, persistente ou recorrente, ocorrendo no homem ou na mulher antes, durante ou após a relação sexual. A sua manifestação é significativamente mais comum na população feminina e relaciona-se, muitas vezes, com o vaginismo ou com a falta de lubrificação vaginal. É a disfunção sexual que tem mais probabilidades de ter algum factor orgânico subjacente, ainda que possa resultar exclusivamente de causas psicológicas ou de uma combinação de ambas. A sua incidência é desconhecida, parecendo aumentar com a idade (HANDA VL, CUNDIFF G, CHANG HH, 2008)

O vaginismo caracteriza-se como a recorrente ou persistente contracção involuntária dos músculos que constituem o terço externo da vagina, aquando da tentativa de penetração do pénis. Pode considerar-se como uma resposta condicionada reflexa. As respostas eróticas e as fases da resposta sexual, incluindo o orgasmo, não estão afectadas, mas o coito é difícil ou impossível. O vaginismo é mais comum em mulheres jovens, sendo normalmente exclusivo de situações de penetração vaginal em contexto não sexual (tampões, exames ginecológicos) (NOBRE, 2006) A dispareunia no homem (erecção dolorosa) está habitualmente associada a condições orgânicas, como herpes, prostatite ou doença de Peyronie (placas escleróticas do pénis, que resultam na

sua curvatura). A dor na ejaculação é rara. As causas habituais são a uretrite e a prostatite, mas, por vezes, a causa é desconhecida (KAMINETSKY, 2008).

1.4 A SEXUALIDADE DO INDIVÍDUO COM ESPONDILARTRITE ANQUILOSANTE

Verifica-se que a E.A. presente no jovem adulto pode ter um impacto profundo na sua saúde e qualidade de vida. Os jovens adultos desempenham vários papéis na sociedade, como de trabalhador activo, parceiro e familiar e que podem ser prejudicadas pelo desenvolvimento de uma doença crónica nessa fase da sua vida. Viver com qualquer forma de doença pode influenciar a sua vida sexual (DINCER, *et al.* 2007).

A sexualidade tem sido descrita como uma parte essencial de toda a pessoa, sendo um aspecto complexo da vida humana, que compreende muito mais do que o acto sexual (DINCER, *et al.*, 2007).

O funcionamento sexual normal consiste na actividade sexual, com o pensamento da transição das fases de excitação ao relaxamento, sem problemas, e com um sentimento de realização, prazer e satisfação (DINCER, *et al.*, 2007).

QUEIROZ (2003) refere que em consequência da capacidade motora, que frequentemente condiciona, as doenças reumáticas levantam, por vezes, problemas muito sérios a um casal. Salientando que os assuntos relacionados com o sexo continuam a ser para muitos um tabu gerador de infelicidade. Além dos problemas sexuais não serem abordados pelos profissionais de saúde, na maior parte dos casos os doentes também se sentem incapazes de dialogar com os profissionais de saúde acerca das suas dificuldades sexuais e preferem pesquisar nos livros ou em outros pontos de informação a solução para os seus problemas. Estas dificuldades na concretização do acto sexual, sobretudo quando surgem em jovens, podem ser dramáticas e conduzir, inclusivamente, ao divórcio.

O doente com espondilartrite pode não desejar o contacto sexual em consequência da dor, da fadiga, da anemia, da falta de libido (apetite sexual).

Para QUEIROZ (2003) não é raro que o homem ou a mulher tenham medo de falhar o acto sexual em consequência da sua incapacidade. Sendo este medo,

particularmente sentido pelo homem que receia não ser capaz de sentir a erecção e pela mulher que tem dificuldades em afastar as coxas por lesões das articulações coxo-femorais.

Assim, a espondilartrite anquilosante como uma doença sistémica crónica, pode ter o potencial de afectar vários aspectos da vida dos doentes incluindo as suas actividades sexuais e relacionamentos.

Segundo DINCER (2007), a perda da função física, a fadiga e a dor demonstraram interferir com o prazer sexual. A perda da função física foi identificada como o principal domínio na EA, uma vez que se vai deteriorando com a actividade da doença e causando danos axiais e periféricos nas articulações.

A limitação na mobilidade das articulações intervertebrais da coluna lombar é apontada como importante causa frente à inabilidade física durante o intercurso e certamente contribui para a insatisfação sexual (ARAUJO *et al.*, 2010).

Num estudo realizado por PIRILDAR *et al* (2004) foi identificado desconforto sexual significativo em 7% e moderado em 27% em pacientes com espondiloartropatias (EAs). Verificou-se que os homens com espondilartrite apresentam funções erétil e orgásmica significativamente diminuídas em relação aos controles saudáveis. Embora não apresentem alteração do desejo sexual, a satisfação com o intercurso e a satisfação geral também são menores, sendo a rigidez matinal maior que 4 horas, a única condição encontrada que se relacionou directamente com a disfunção erétil.

Uma comparação de homens com a doença e controles sadios também mostrou diferença significativa em relação ao desempenho sexual, erecção, problemas de afirmação e satisfação geral, e identificou que dor, rigidez matinal, fadiga e limitação funcional estavam associados com disfunção sexual, depressão e ansiedade (ARAUJO *et al.*, 2010). Por outro lado, no estudo de ELST *et al* (1984) que avaliou a motivação sexual dos doentes com espondilite anquilosante em comparação com indivíduos saudáveis, mostrou que não há diferença entre os doentes com EAs e controles saudáveis em relação á motivação sexual. Contudo, salientam que mais de 50% dos homens com EAs referem impacto negativo da doença sobre as suas vidas sexuais, com maior limitação funcional decorrente de problemas físicos, referentes principalmente à vitalidade, energia, fadiga, saúde mental e saúde em geral. Referem também problemas no relacionamento familiar, determinados por alterações no intercurso sexual, na satisfação e no desejo sexual.

CAKAR *et al* (2007) realizaram um estudo focado nos problemas sexuais de homens com espondilite anquilosante. Dos 53 homens entrevistados, 27 expressaram

que a sua vida sexual foi afectada negativamente pela espondilite anquilosante e 26 doentes expressaram que não tinha efeitos negativos. Verificaram que os scores das escalas da incapacidade funcional (BASFI) e da actividade da doença (BASDAI) eram piores no grupo afectado, e que as diferenças eram estatisticamente significativas. As subescalas função física, as limitações para resolver problemas físicos, a vitalidade e energia, a fadiga, a saúde mental e a percepção de saúde no geral da SF 36 eram piores no grupo sexualmente afectado e as diferenças eram estatisticamente significativas. Os autores concluíram que os problemas sexuais eram comuns nos doentes com espondilite anquilosante e podem estar associados com diminuição da funcionalidade, diminuição da qualidade de vida e depressão.

NEWMAN *et al.*, (2007) refere que os efeitos da doença em si pode afectar a vida sexual da pessoa devido á dor, fadiga e depressão. A vida sexual também pode ser afectada pela baixa auto-estima, que acompanha a vida com as doenças reumáticas, bem como as atitudes dos outros, nomeadamente do parceiro pode contribuir para a disfunção sexual.

A disfunção sexual é tipicamente influenciado por um conjunto de factores. A alta prevalência da depressão nos pacientes com E.A., e a incapacidade devido á rigidez das articulações formam um complexo de interacções entre factores psicológicos, físicos e interpessoais. Foi estudado a relação entre a função sexual e factores psicológicos nos doentes com dor crónica e verificou-se que os problemas sexuais eram comuns nos doentes com dor crónica e com sintomas de stress e depressão. (MONGA *et al* apud DINCER *et al.* 2007). Alguns autores verificaram que os scores da função eréctil, da função orgasmica, da satisfação com o acto sexual e a satisfação global dos pacientes que têm rigidez matinal com duração de 4h ou mais são mais baixos que nos pacientes com rigidez matinal com duração menor que 4 horas, de acordo com o índice internacional de função eréctil.

Estes estudos demonstram que dor, rigidez matinal, fadiga, comprometimento funcional estão associados com disfunção sexual, depressão e ansiedade.

Num estudo realizado em doentes a fazer tratamento para a dor crónica em Inglaterra, 73% dos doentes que relataram dor, referiram problemas sexuais. Contudo, efeitos específicos da dor no interesse sexual e na função são difíceis de identificar, dados os possíveis efeitos directos da incapacidade, da doença ou do stress na actividade sexual (DINCER, 2007)

Á semelhança com outras doenças reumáticas, a dor e a depressão podem ser os principais factores que contribuem para a disfunção sexual (TRISTANO, 2009)

OSTENSEN (2009) refere que são muitas as causas dos distúrbios da função sexual e reprodutiva, incluindo factores relacionados à doença e à terapia. Problemas físicos e emocionais e dificuldades com o parceiro resultantes do stress da doença contribuem para uma vida sexual menos activa e frequentemente menos agradável.

Dor crónica, fadiga e resposta física à doença crónica, como depressão e baixa auto-estima, podem diminuir o interesse sexual dos pacientes e, conseqüentemente, reduzir a frequência e o prazer da relação sexual.

Esta autora salienta ainda, que o impacto das doenças reumáticas na função sexual não são abordadas rotineiramente por médicos ou profissionais de saúde, nem está presente nos questionários frequentemente utilizados para avaliar a função física ou qualidade de vida.

Negligenciar esta área importante impede o aconselhamento e intervenção adequada. Para melhorar a qualidade da função sexual, primeiramente é preciso conseguir lidar com a doença crónica, sendo o primeiro passo a inclusão de questões sobre a sexualidade na rotina do atendimento do paciente. Outros questionários para avaliar como a pessoa lida com a doença e a presença de baixa auto-estima e depressão também devem ser utilizados ao estudar a função sexual. O esclarecimento do impacto de factores físicos e psicológicos ajudará a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com doenças reumáticas crónicas (OSTENSEN, 2009).

No entanto, os efeitos da espondilartrite anquilosante na sexualidade são ainda controversos, uma vez que nalguns estudos não há diferenças entre pacientes com espondilartrite anquilosante e o grupo de controle. Outros estudos demonstram que doentes com espondilartrite anquilosante têm disfunção sexual e uma diminuição do prazer sexual.

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA

O enquadramento teórico apresentado nos capítulos anteriores permitiu-nos adquirir conhecimentos que serviram de base para o desenvolvimento empírico da presente investigação científica. A investigação científica é o processo que melhor permite estudar um problema ligado ao conhecimento dos fenómenos do mundo real, este tem que ser controlado, rigoroso e sistemático, com vista a aquisição de novos conhecimentos (FORTIN, 2009).

De acordo com a mesma autora, uma vez na fase metodológica do processo de investigação, o investigador terá que determinar quais os métodos que utilizará, de forma a obter resposta às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. Para tal, o investigador terá que proceder à descrição da metodologia utilizada para dar corpo ao trabalho efectuado, uma vez que a sua compreensão irá depender em grande parte da forma como este é descrito e justificado.

Assim, neste capítulo, pretendemos descrever de forma sequencial as diversas etapas que delinearão a elaboração deste estudo. Procuraremos, então, apresentar de forma sistematizada todos os procedimentos adoptados durante as diversas etapas que compreendem o desenho e tipo de pesquisa, a caracterização da amostra, a operacionalização das variáveis, conceptualização e objectivos do estudo, as hipóteses de investigação, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos efectuados e o tratamento estatístico.

1.1 OBJECTIVOS

Fortin (2009) refere que o objectivo de um estudo indica o porquê da investigação, sendo um enunciado declarativo que contém, de forma clara a orientação da investigação, de acordo com o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. É um enunciado declarativo precisando as variáveis-chave, a população

alvo e a orientação da investigação. Inclui resultados finais quantificáveis, dentro de certos limites de tempo.

Tendo em conta, os aspectos referenciados na fundamentação teórica, achamos pertinente relacionar as variáveis sócio-demográficas, clínicas, psicossociais com o comportamento sexual do indivíduo com espondilartrite anquilosante e que variáveis o influenciam.

Esta investigação tem como **objectivo geral**:

- ✓ Analisar o comportamento sexual do indivíduo com espondilartrite anquilosante e identificar as variáveis que interferem no mesmo.

De acordo com o objectivo geral anteriormente explicitado delinearão-se os seguintes **objectivos específicos**:

- Caracterizar a amostra em termos sociodemográficos, clínicos e psicossociais;
- Analisar o comportamento sexual do indivíduo com espondilartrite anquilosante;
- Determinar se as variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil) e clínicas (Tempo de diagnóstico, Dor, Incapacidade funcional (BASFI) e Actividade da doença (BASDAI)) influenciam a sexualidade do indivíduo com espondilartrite anquilosante.
- Determinar se as variáveis psicossociais (estado de ansiedade e depressão (HADS), a auto-estima global (AEG) e o ajustamento diádico (EAD)) influenciam a sexualidade do indivíduo com espondilartrite anquilosante.

1.2 – TIPO DE ESTUDO E DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que comportam as preocupações e as orientações de uma investigação. Assim, certas investigações implicam uma descrição dos fenómenos em estudo, outras, uma explicação sobre a existência de relações entre fenómenos ou ainda a predição ou o controlo dos fenómenos. Os dois métodos de investigação que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento são o método qualitativo e o método quantitativo (FORTIN, 2009).

Em termos metodológicos, a presente investigação insere-se numa abordagem quantitativa, sendo que a finalidade é descrever e verificar as relações entre variáveis (FORTIN, 2009), sendo que, neste sentido, foi desenvolvido um estudo de nível II - descritivo – correlacional.

O método de investigação quantitativo, na perspectiva de FORTIN (2009) consiste na sistematização de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseando-se na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. De acordo com Fortin (2009), num estudo descritivo-correlacional, o investigador procura explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações. Num estudo deste tipo, a autora menciona, que o seu principal objectivo é a descoberta de factores ligados a um fenómeno. A vantagem do estudo descritivo-correlacional centra-se no facto de o mesmo permitir no decorrer do mesmo processo, considerar simultaneamente várias variáveis, com vista a explorar as suas relações mútuas, assim como, descrever as relações que foram detectadas entre as variáveis. A opção por um estudo de carácter quantitativo prende-se com os moldes de investigação de estudo. Além disso, o que se pretendia com esta investigação é descrever o comportamento sexual do indivíduo com espondilartrite anquilosante e verificar se existe relação entre as características sócio-demográficas, clínicas, e psicossociais e o comportamento sexual do indivíduo com espondilartrite anquilosante

A manipulação de variáveis não é considerada na presente investigação, daí o carácter não experimental da mesma (FORTIN, 2009).

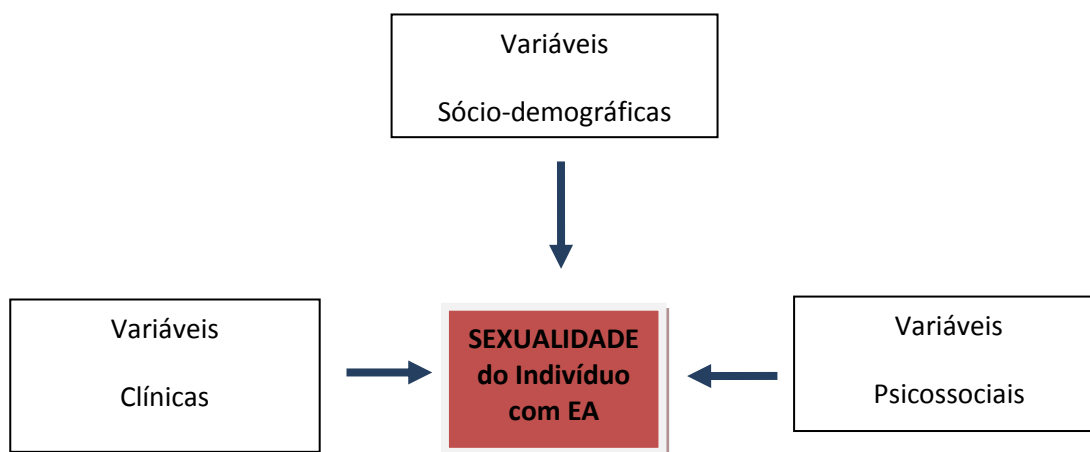
Em relação à durabilidade do estudo, este é do tipo transversal, pois os instrumentos de colheita de dados foram aplicados num determinado período de tempo, de Junho a Outubro de 2012. Caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento actual, ou existir

desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo. O estudo apresentado é de cariz quantitativo, descritivo, transversal, correlacional e não experimental.

Nesta fase da investigação, pretendemos descrever os métodos que foram utilizados a fim de responder às hipóteses e questões formuladas. Assim, elaborámos um desenho de investigação mais apropriado aos objectivos da presente pesquisa. O desenho de investigação é um plano lógico criado pelo investigador, com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas, (FORTIN, 2009).

A representação gráfica do modelo (Figura 2), permite-nos perceber os diferentes domínios que integram a nossa investigação e proporciona, em simultâneo, uma visão integral das dimensões consideradas fundamentais nesta problemática.

Figura 2 - Representação gráfica da articulação das variáveis



O presente modelo conceptual compreende quatro grandes domínios: (1) caracterização sócio-demográfica, que inclui a idade, o género, estado civil, parceiro sexual actual, formação académica, situação profissional, área de residência; (2) caracterização clínica, que integra o tempo de diagnóstico da doença, sintomatologia actual, medicação, patologias associadas, hábitos tabágicos e etílicos, dor, capacidade funcional, intensidade dos sintomas; (3) caracterização psicossocial, que aborda a auto-estima global, ansiedade e depressão e a relação com o parceiro sexual; (4) avaliação da sexualidade da pessoa com espondilartrite anquilosante, que inclui o índice internacional de função erétil e o índice de funcionamento sexual feminino. Os quatro

domínios interligam-se e conduzem a profundas interferências no comportamento sexual da pessoa com espondilite anquilosante.

1.3 - HIPÓTESES

A “ hipótese é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis (...)” “ combina o problema e o objectivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo” (...) “ as hipóteses são a base da expansão dos conhecimentos quando se trata de refutar uma teoria ou de a apoiar” (FORTIN, 2009).

As hipóteses que formulamos para este estudo são designadas por complexas, pois predizem a relação de associação ou causalidade entre variáveis, sejam elas independentes ou dependentes.

Tendo por base os pressupostos teóricos expostos, o problema de investigação, as variáveis enunciadas, os objectivos definidos e o modelo conceptual adoptado foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – Existe relação significativa entre as variáveis sócio-demográficas (Idade, Estado Civil), e o comportamento sexual do individuo com espondilartrite anquilosante;

Hipótese 2 - As variáveis clínicas (tempo de doença, graus de dor na coluna, incapacidade funcional e actividade da doença) têm efeito significativo na predição do comportamento sexual do indivíduo com Espondilartrite Anquilosante;

Hipótese 3 – As variáveis psicossociais (a ansiedade e a depressão, auto-estima global, e o ajustamento diádico) têm efeito significativo no comportamento sexual do indivíduo com Espondilartrite Anquilosante.

1.4 VARIÁVEIS

FORTIN (2009, p.171) considera as variáveis como “ (...) qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar com o tempo”, estas podem ser mensuradas, manipuladas ou

controladas. A variável dependente constitui-se como sendo aquela que é influenciada pela variável independente, enquanto que esta corresponde à variável manipulada pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente.

Assim, na presente investigação consideramos o *comportamento sexual* como a variável **dependente**. As variáveis independentes foram divididas em três grupos: as variáveis sócio-demográficas, as de caracterização da situação clínica e por último, as variáveis psicossociais. Estas variáveis servem para caracterizar a amostra e avaliar a sua interferência na variável dependente.

1.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Fortin (2009, p.311-312), a população é “(...) um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios” e amostra é “(...) a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo, que deve ser representativa desta população, ou seja, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população”.

A **população** do nosso estudo são os indivíduos com Espondilartrite Anquilosante, sócios da Associação Nacional de Espondilite Anquilosante.

Optámos por uma técnica de amostragem **não probabilística**, isto é, não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra (FORTIN, 2009). Trata-se de uma amostragem por conveniência, uma vez que os indivíduos encontram-se geograficamente acessíveis e respondem a critérios de inclusão precisos (FORTIN, 1999).

A amostra é então constituída por 60 indivíduos com espondilartrite anquilosante. A colheita de dados foi realizada na Associação Nacional de Espondilite Anquilosante, durante os meses de Junho a Outubro de 2012, tendo sido distribuídos 200 questionários.

Tendo em conta os objectivos da presente pesquisa elaboramos como critérios de inclusão: indivíduos com espondilartrite anquilosante; ter capacidade de compreensão e preenchimento do instrumento de colheita de dados; consentir a sua

participação no estudo depois de devidamente informados e esclarecidos e idade superior a 18 anos de idade.

1.6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Após definição do problema, das hipóteses, das variáveis e da amostra, torna-se importante a escolha do método apropriado para recolher a informação junto dos participantes.

Tendo por base os objectivos da presente investigação, optámos por uma abordagem mista, ou seja, utilizámos instrumentos construídos por nós para o efeito, com vista à caracterização sócio-demográfica e clínica e ainda, pela aplicação de escalas edificadas por outros investigadores e já traduzidas e validadas para a população portuguesa, nomeadamente: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), para avaliar a actividade da doença; Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) que é um instrumento, que avalia a capacidade funcional do doente; Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), para avaliar a ansiedade e a depressão; Escala de Auto-Estima Global para Adultos de Rosenberg para avaliar a auto-estima; Escala de Ajustamento diádico (EAD) para avaliar a relação com o parceiro; Questionário de comportamento sexual masculino - Índice internacional da função erétil (IIEF) e o Índice de Funcionamento Sexual Feminina (FSFI).

Dada a natureza do estudo, optou-se pelo Questionário como instrumento de colheita de dados (Anexo I), uma vez que é o método de colheita mais utilizado pelos investigadores (FORTIN, 2009). Assim, o nosso instrumento é constituído por questões fechadas, abertas e mistas.

Caracterização Sócio Demográfica

Com este grupo pretendemos adquirir dados de carácter pessoal, como a idade, o género, o estado civil, parceiro sexual actual, escolaridade, situação perante o trabalho, profissão, área de residência, zona de residência, com quem vive, e formação académica. São onze questões.

1. Género: questão fechada, dicotómica, com duas hipóteses de resposta: masculino e feminino.

2. Idade: questão aberta, definida em anos.
3. Estado civil: questão fechada com quatro opções de resposta. Os indivíduos foram classificados considerando a sua situação legal. Foram considerados quatro grupos: solteiro, casado, viúvo, divorciado e vivendo em união de facto.
4. Parceiro sexual actual: questão fechada com 7 opções de resposta: nenhum, namorada, namorado, mulher, marido, múltiplos parceiros femininos, múltiplos parceiros masculinos.
5. Escolaridade: questão fechada com 8 opções de resposta: sem escolaridade, sabe ler e/ou escrever, 1ºciclo do ensino básico, 2ºciclo do ensino básico, 3ºciclo do ensino básico, ensino secundário, ensino superior, e outro; Formação académica: questão fechada com duas opções de resposta: bacharelato e licenciatura.
6. Situação perante o trabalho: questão fechada com 7 opções de resposta: empregado, desempregado, reformado, doméstico, estudante, atestado/baixa, e outra.
7. Profissão: questão aberta.
8. Área de residência: questão fechada com 2 opções: rural e urbana.
9. Zona de residência: questão fechada com 7 opções: norte, centro, lisboa, Alentejo, Algarve, Açores, Madeira.
10. Com quem vive: questão fechada com várias opções: sozinho, conjugue, filhos, outros familiares, outras situações.

Caracterização do Contexto Clínico

Com este grupo pretendemos adquirir dados de carácter clínico como a duração da doença, sintomatologia actual, medicação, patologias associadas, hábitos tabágicos e etílicos e intensidade da dor na coluna na última semana.

1. Tempo de diagnóstico da doença: questão aberta.
2. Sintomatologia actual: questão fechada com 4 opções de resposta: comprometimento da coluna, comprometimento da anca, joelhos, calcanhar, fadiga e outros.
3. Medicação: questão fechada com duas opções de resposta: sim ou não.
4. Tipo de medicação: resposta aberta.

5. Medicação específica para a doença: resposta aberta.
6. Patologias associadas: resposta fechada com duas opções: sim ou não.
7. Tipo de patologias associadas: resposta fechada com 16 opções.
8. Hábitos tabágicos: resposta fechada com as opções de resposta sim ou não; Se sim, há quanto tempo, com resposta aberta.
9. Hábitos etílicos: resposta fechada com duas opções de resposta, sim ou não; se sim, questão aberta para referir o tipo de bebidas que bebe; frequência com que bebe: resposta fechada com 5 opções de resposta: todos os dias, todas as semanas, todos os meses, raramente, e nunca; quantidade que bebe por semana: questão aberta.
10. Dor sentida na coluna durante a noite e durante o dia e noite: utilização da escala da dor numérica.

Caracterização da Actividade da Doença e da Incapacidade Funcional

Actividade da Doença – Índice de Actividade da doença (The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI))

GARRETT *et al* apud SHINJO; GONÇALVES; GONÇALVES (2006) propuseram o Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), que é um instrumento de avaliação específico para Espondilartrite Anquilosante.

O BASDAI foi validado para a população portuguesa por Pimentel-Santos *et al* (2012) e é uma medida subjectiva extensamente utilizada para avaliar a actividade da doença, que mede a intensidade dos sintomas e que consiste de seis questões em relação à actividade da doença. O BASDAI permite que o individuo descreva o grau de fadiga, a dor a nível do pescoço, coluna ou ancas, a dor a nível de outras articulações, o grau de desconforto a nível das zonas dolorosas ao tacto ou á pressão, o grau de rigidez matinal e o tempo que dura a rigidez matinal, avaliadas pela escala visual analógica de 0 a 10 cm. O individuo tem de quantificar estes sintomas relativamente á semana anterior, utilizando a escala visual analógica de 10 cm, sem traços intermédios, e que apresenta nos extremos as expressões “nenhuma” e “muito severa”, com excepção da resposta á duração da rigidez matinal, que utiliza uma escala de 0 a 2 horas, com marcações para cada quarto de hora.

As respostas são pontuadas de 0 a 10. De modo a atribuir a mesma importância a todos os sintomas, é primeiro calculada a média entre as duas respostas alusivas á rigidez matinal, depois é então calculada a média entre todos os sintomas e dividido o valor por cinco, obtendo-se o score do BASDAI, entre 0 e 10. Quanto maior a pontuação, maior é o grau de actividade de EA. A doença é considerada activa quando o score do BASDAI for superior a 4. O BASDAI encontra-se validado para a população portuguesa (PIMENTEL-SANTOS, *et al*, 2011) O BASDAI é altamente confiável, reflecte todo o espectro da doença e é sensível às mudanças clinicas (IRONS & JEFFRIES, 2004).

Incapacidade funcional – Índice de Incapacidade Funcional (The Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI))

O Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index encontra-se validado para a população portuguesa (PIMENTEL-SANTOS, *et al*, 2011) e é um instrumento que avalia a incapacidade funcional do indivíduo. O BASFI consiste de dez questões sendo oito associadas a actividades relativas à capacidade funcional dos indivíduos e duas que avaliam a capacidade de integração do indivíduo nas actividades de vida diária. O indivíduo responde utilizando uma escala visual analógica de 10 cm sem traços intermédios, apenas com as palavras “fácil” e “impossível” nos extremos. É atribuída a cada resposta uma pontuação de 0 a 10 sendo, depois calculada a média para se obter o score do BASFI. Quanto maior o score, maior é a incapacidade funcional do individuo. Este teste apresenta uma boa reprodutibilidade, confiabilidade e sensibilidade às mudanças clínicas. Pode ser preenchido de forma auto-aplicável (SHINJO; GONÇALVES; GONÇALVES, 2006).

Caracterização da Dor – Escala Numérica da Dor

A INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN *apud* METZGER *et al*. (2002), define dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão.

A dor é um fenómeno complexo e com variantes multidimensionais (bio fisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais).

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003) define dor como 5º sinal vital do indivíduo, sendo que o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos indivíduos que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde. Para avaliar a dor, existem várias escalas. A escala que vai ser utilizada para avaliar a dor vertebral dos indivíduos com espondilartrite anquilosante será a escala numérica.

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em dez partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao indivíduo na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o indivíduo faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Assim, a dor vertebral será avaliada por duas questões através da escala numérica referentes á ultima semana. Pretende-se avaliar o grau de dor sentida na última semana durante a noite e o grau de dor na coluna sentida em qualquer momento do dia na última semana.

Caracterização das variáveis psicossociais

Avaliação da Ansiedade e Depressão - Escala Hospitalar de Ansiedade e depressão (Hospital Anxiety Depression Scale (HADS))

A avaliação da ansiedade e depressão foi realizada com o Hospital Anxiety Depression Scale (HADS). Esta escala foi validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro *et al* (2007).

Trata-se duma escala constituída por 14 itens (7 itens para avaliar a ansiedade e 7 itens para avaliar a depressão), desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), para avaliar de uma forma breve, os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia física e em tratamento ambulatorio. Apesar de ter sido desenvolvido para ser utilizado nestes doentes, é na actualidade largamente utilizado na investigação e prática clínica para avaliar de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em populações não psiquiátricas (HERRMANN, 1997).

Ao contrário de outras escalas e inventários para avaliar a ansiedade e depressão como o “Beck Depression Inventory” (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), “Zung Depression Scale” (Zung, 1965), que foram desenvolvidos e utilizados em contextos psiquiátricos, o HADS permite a avaliação dos níveis mais leves de stress em doentes com patologia física. Outro aspecto relevante, prende-se com o facto de o HADS não incluir itens focados em aspectos somáticos, o que é apropriado para doentes com patologia não psiquiátrica, visto que poderia elevar e falsear os resultados finais.

O HADS é uma escala de auto-administração e o modo de resposta dos 14 itens da escala varia de zero (0 -Baixo) a três (3 -Elevado), numa escala de Likert de 4 pontos. Para cada item existem quatro possibilidades de resposta, devendo o indivíduo escolher aquela que se adapta à forma como se tem sentido durante a última semana. Os resultados totais de cada subescala variam de 0 a 21, resultantes da soma dos valores dos itens de cada subescala. A cotação dos itens 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 e 13 são invertidas.

Os resultados elevados em cada subescala são indicadores de maior ansiedade e depressão.

De acordo com um estudo realizado por Zigmond e Snaith (1983), em 100 doentes com diferentes queixas de doenças físicas e em tratamento ambulatorio, as pontuações obtidas entre 8 e 10 para cada subescala poderão indicar uma possível perturbação clínica, e entre 11 e 21, uma provável perturbação clínica. Os autores sugerem o valor de oito (8) como ponto de corte, considerando os valores inferiores como ausência de ansiedade e de depressão. Por outro lado, consideram que a severidade da ansiedade e da depressão podem ser classificadas como “normal” (0-7), Leve (8-10), moderada (11-15) e severa (16-21) (SNAITH & ZIGMOND, 1994). Os mesmos autores referem que pode ser usado uma pontuação total (HADS-Total) como um indicador clínico, desde que seja analisado como um índice de perturbação emocional ou de stress.

Caracterização da Auto-Estima Global (EAEG) - Escala de Auto-Estima Global para Adultos de Rosenberg (1965).

Auto-estima é definida como “a faceta mais importante do auto-conceito, encontra-se associada aos aspectos avaliativos que o sujeito elabora a seu respeito,

baseado nas suas capacidades e desempenhos.” (VAZ SERRA, 1986, *apud* ROMANO, A. 2007).

Para a avaliação da Auto-estima global aplicou-se o questionário "The Rosenberg Self-Esteem Scale" – Escala de Auto-Estima Global para Adultos de Rosenberg, versão traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa por Faria, L. & Silva, S. (1999). Esta é composta por 10 questões em que o indivíduo terá de dar uma opinião acerca de si, que variam entre discordo totalmente, discordo, discordo parcialmente, concordo parcialmente, concordo e concordo totalmente

A Rosenberg self- esteem scale é uma medida unidimensional, constituída por 10 itens que pretendem avaliar a auto-estima global; estes são sub-divididos em 5 itens, indicadores de atitudes positivas (de modo geral, estou satisfeito (a) comigo próprio (a); sinto que tenho um bom número de qualidades; sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas; sinto que sou uma pessoa de valor pelo menos num plano de igualdade igual aos outros; adopto uma atitude positiva perante mim próprio (a) e outros 5 itens indicadores de atitudes negativas (Por vezes, penso que nada valho; sinto que não tenho muito que me orgulhar; por vezes sinto-me de facto um (a) inútil; gostaria de ter mais respeito por mim próprio (a); em termos gerais inclino-me a achar que sou um (a) falhado (a)), cada um deles com diferentes categorias de resposta. Os itens negativos e positivos não se apresentam de forma consecutiva para tornar a escala menos transparente, reduzindo-se o viés de resposta direccionada. Para cada questão existem 6 possibilidades de resposta A- “Concordo totalmente”; B- “Concordo”; C- “Concordo parcialmente”; D- “Discordo parcialmente; E- “Discordo”; F- “Discordo totalmente”. A cotação dos itens negativos 2; 5; 6; 8; 9 é invertida. Os scores obtidos variam entre 10 e 60. Assim, quanto mais elevados os resultados obtidos, maior é a auto-estima global. De acordo com o valor do score, é considerada auto estima baixa (score <26), auto-estima média (26≤Score<36) e auto-estima alta auto-estima (Score≥36).

Caracterização do Comportamento Sexual

Questionário de Comportamento Sexual Masculino – Índice internacional da função erétil (“The International Index of Erectile Function” (IIEF))

O Índice internacional da função erétil foi aplicado aos homens. Este questionário breve, de autopreenchimento e de fácil administração, constituído por 20 itens aborda a função erétil (itens 1,2,3,4,5,15), função orgásmica (itens 9,10), desejo sexual (itens 11,12), satisfação sexual/coital (itens 6,7,8), satisfação em geral (itens 13,14), função ejaculatória (itens 18,19,20) e satisfação orgásmica, (itens 16,17). Este instrumento construído por Rosen e colaboradores em 1997, traduzido e validado para a população portuguesa por Pedro Nobre em 2001, é constituído por 20 itens agrupados nas sete dimensões já referidas, que avaliam a função sexual masculina de acordo com os actuais sistemas de classificação (American Psychiatric Association e World Health Organization).

Em 1999, o IIEF foi recomendado pelo International Consultation on Erectile Dysfunction, como o instrumento de avaliação da eficácia terapêutica a escolher nos estudos sobre disfunção erétil, tendo sido considerado como Gold Standard desde então. Tem ainda sido utilizado como instrumento primário de comparação nos estudos da DE encontrando-se um padrão altamente consistente nos resultados, independentemente dos doentes randomizados ou de localização geográfica (CAPPELLERI JC *et al.*, 1999). Este instrumento foi aplicado nos últimos anos, quer como instrumento de diagnóstico e de avaliação terapêutica, quer em estudos epidemiológicos.

O IIEF permite calcular os índices para cada dimensão e um índice total que resulta do somatório dos índices das várias dimensões que constituem a escala. A escolha múltipla para uma única resposta a cada item deste questionário varia entre 0 e 5 ou de 1 a 5, sendo que o item 18 foi codificado por ordem inversa.

Assim o IIEF tem uma estrutura de sete dimensões que podem variar: a função erétil (de 1 a 30), função orgásmica (0 a 10), desejo sexual (itens de 2 a 10), satisfação sexual/coital (de 0 a 15), satisfação em geral (de 2 a 10), função ejaculatória (de 0 a 15) e satisfação orgásmica, (de 0 a 10). A pontuação total varia, portanto, entre 5 e 100. Os intervalos da pontuação permitem classificar a gravidade da DE em cinco grupos: *Sem DE* (26-30), *DE ligeira* (22-25), *DE ligeira a moderada* (17-21), *DE moderada* (11-16) e *DE grave* (6-10).

Assim, na cotação da escala, quanto mais elevados forem os valores, melhor o funcionamento sexual masculino.

Índice de Funcionamento Sexual Feminina (“Female Sexual Function” (FSFI))

O Female Sexual Function Índice é uma escala validada para a população feminina portuguesa por Pedro Nobre (2000). É uma escala que avalia seis dimensões da resposta sexual feminina, nomeadamente o desejo, excitação subjectiva, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Trata-se de um instrumento que permite medir o impacto relativo da disfunção em cada uma das seis dimensões, fornecendo pontuações para cada uma delas e a pontuação total da função sexual.

O questionário é constituído por 19 itens sobre a actividade sexual nas últimas quatro semanas. Cada item tem seis alternativas de resposta, com a escolha de uma única resposta. A pontuação de cada dimensão varia entre 1; 2 e 6 ou entre 0 e 6, sendo que a alternativa zero indica que a inquirida não teve actividade sexual, e variando as outras alternativas de um a cinco. A pontuação total do FSFI obtém-se reunindo a respostas das seis diferentes dimensões: Desejo, itens 1 e 2; Excitação, itens 3, 4, 5 e 6; Lubrificação, itens 7, 8, 9, e 10; Orgasmo, itens 11, 12 e 13; Satisfação, itens 14, 15 e 16; Desconforto/Dor, itens 17, 18 e 19 (tabela 1).

Tabela 1 – Pontuação das dimensões do FSFI.

Dimensão	Questão	Variação da pontuação	Factor	Pontuação Mínima	Pontuação Máxima
Desejo	1,2	1– 5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3, 4, 5, 6	0– 5	0,3	0	6,0
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0– 5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	1– 5	0,4	0	6,0
Satisfação	14, 15, 16	0 (ou 1) – 5*	0,4	0,8	6,0
Dor	17, 18, 19	0 – 5	0,4	0	6,0
Pontuação total				2,0	36,0

*Variação para o item 14 = 0–5; variação para os itens 15 e 16 = 1–5.

As pontuações das dimensões e a soma total das pontuações do FSFI foram calculados conforme evidência a tabela 1. A cotação dos itens foram todos invertidos à excepção dos itens 8, 10, 12, 17, 18 e 19, cujos valores de pontuação variam de 0 a 5 ou de 1 a 5. Deve-se notar que, dentro das dimensões, a pontuação 0 indica que a mulher respondeu não ter tido actividade sexual nas últimas quatro semanas.

Para a pontuação das subescalas, somam-se as pontuações individuais dos itens de cada subescala e multiplicado o seu resultado pelo factor correspondente (0,6 desejo; excitação e lubrificação 0,3; orgasmo, satisfação e dor 0,4). A pontuação total da escala é determinada pela soma das 6 subescalas e pode variar de 2 a 36, sendo que valores baixos correspondem a um pior funcionamento sexual, enquanto que valores mais elevados correspondem a melhores níveis de funcionamento sexual. Um score igual ou inferior a 26 significa que há disfunção sexual (PEREIRA, Adelino; SILVA, Maria; FREITAS, Vânia I, 2009).

Segundo PECHORRO (2006) a FSFI tem uma boa consistência interna, dado que obteve Alfas de Cronbach de 0,88 e superiores, para cada uma das seis dimensões, e de 0,93 para a escala total. Foram obtidas, tal como no FSFI original, bons resultados psicométricos, no que diz respeito à validade factorial, validade convergente, validade discriminante e teste de homogeneidade.

Caracterização do relacionamento

Escala de Ajustamento Diádico (DAS)

O DAS (Spanier, 1976) é uma escala de auto-resposta, composta por 32 itens, e as respostas são obtidas através de uma escala de tipo Likert. Desta forma, os indivíduos indicam, através de escalas ordinais de intensidade (0-1; 0-4; 0-5; 0-6), o grau de concordância com a afirmação em causa. Esta escala avalia a qualidade da interacção do casal em contextos não sexuais, avalia a percepção que os parceiros têm do relacionamento avaliando quatro dimensões que definem quatro subescalas: Consenso Diádico (grau de acordo em assuntos de finanças familiar e tomada de decisões importantes); Satisfação Diádica (grau de felicidade na relação assim como existência de conflitos conjugais); Coesão Diádica (frequência com que se envolvem em actividades conjuntas); e Expressão dos Afectos (com que frequência expressam amor um pelo outro). A subescala do consenso é constituída por 13 itens:

1,2,3,5,7,8,9,10,11,12,13,14,15); a subescala satisfação é constituída por 10 itens: 16,17,18,19,20,21,22,23,31,32; a subescala coesão é constituída por 5 itens: 24,25,26,27,28 e a subescala da expressão do afecto é constituída pelos itens 4,6,29,30. O DAS revela um nível de compreensibilidade bastante amplo. Apresenta níveis de consistência interna elevados no total da escala (*alpha de Cronbach* = 0.96) e nas quatro subescalas (consenso diádico = 0.90, satisfação diádica = 0.94, coesão diádica = 0.86, expressão de afecto = 0.73) (SPANIER, 1976). Sendo a escala de ajustamento relacional mais usada na prática clínica e em estudos empíricos na área da sexualidade e na avaliação do relacionamento conjugal (HAMAMCI, 2005; NOBRE, 2006). A versão portuguesa do DAS validada por Pedro Nobre (2003) revela boa validade e fidelidade (NOBRE, 2008). A pontuação final pode variar de 0 a 151 pontos, sendo que o resultado, nos indicará o grau de ajustamento da relação diádica. Quanto mais elevado for o valor do resultado final, maior o grau de ajustamento no relacionamento. Os indivíduos que obtiverem 101 pontos ou menos devem ser classificados como desajustados ou em sofrimento no relacionamento conjugal, e os que alcançarem 102 pontos ou mais, como ajustados (SPANIER, 1976).

1.7 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Após a colheita de dados, efectuamos uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado á sua codificação e tabulação de modo a prepararmos o tratamento estatístico.

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa de tratamento estatístico IBM SPSS (International Business Machines - *Statistical Package for the Social Sciences*), na versão 20.0.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizámos técnicas de Estatística Descritiva e da Estatística Inferencial, nomeadamente: Frequências: absolutas (n°) e relativas (%); Medidas de tendência central: média aritmética (\bar{x}); Medidas de dispersão ou variabilidade: desvios padrão (s); Coeficientes: correlação de Spearman, Alpha de Cronbach (α) e Testes de Hipóteses: teste U de Mann-Whitney.

Assim, no que diz respeito à análise dos resultados, os dados referentes às variáveis de categorização da amostra são apresentados em quadros de distribuição de

frequências, complementadas, sempre que a natureza da variável o permitiu por medidas de tendência central e de dispersão ou variabilidade.

Para testar as hipóteses, irá recorrer-se a testes não paramétricos dado o reduzido tamanho da amostra e esta não apresentar uma distribuição normal. Ao se testarem variáveis agrupadas em dois grupos (nomeadamente por sexo) utilizou-se o teste de Mann-Whitney para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais, quando a variável independente era racional usou-se o coeficiente de correlação de Spearman.

Esta opção por testes não paramétricos justifica-se pelo facto de não se cumprir um dos três pressupostos para a utilização dos testes paramétricos, o pressuposto da normalidade da distribuição ($p < .05$) da variável dependente, verificados com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de significância de Lilliefors (Quadro 1). Para além disso, dado o grande desfasamento no número de inquiridos em cada grupo da variável "Sexo", é aconselhável a utilização destes testes, mais conservadores.

Quadro 1 - Resultado da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (com correcção de significância de Lilliefors) para avaliação da aderência à normalidade do total das escalas utilizadas

	Sexo	Estatística	p
BASFI	Masculino	0,160	0,013
	Feminino	0,119	0,200*
BASDAI	Masculino	0,415	0,000
	Feminino	0,494	0,000
HADS	Masculino	0,101	0,200*
	Feminino	0,147	0,200*
AEG	Masculino	0,110	0,200*
	Feminino	0,238	0,059
IIEF	Masculino	0,178	0,001
FSFI	Feminino	número de inquiridas insuficiente	
EAD	Masculino	0,189	0,001
	Feminino	0,222	0,106

Neste estudo assumiu-se como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses $\alpha=0,05$, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade de erro tipo I for inferior àquele valor ($p<.05$).

Relativamente às características psicométricas das escalas utilizadas, foi determinada a sua fidelidade mediante o cálculo do *Alpha de Cronbach* (Anexo II), a técnica mais correntemente utilizada quando se empregam escalas de *Likert*, até porque este coeficiente deve ser determinado de cada vez que uma escala é usada (Fortin, 1999)

1.8 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Após delinear a questão de investigação, os objectivos e as variáveis em estudo iniciaram-se um conjunto de acções, com vista a atingir os objectivos do estudo. Primariamente, através de um requerimento foi pedida a autorização à Associação Nacional de Doentes com Espondilite Anquilosante, para realizarmos o presente estudo. Nesse requerimento foram apresentadas as responsáveis pela pesquisa, explicados os objectivos e importância do estudo. A autorização foi deferida pelas entidades acima referidas (Anexo III). No início do mês de Junho de 2012, procedeu-se finalmente, ao envio por correio do instrumento de recolha de dados à Associação Nacional da Espondilite Anquilosante (ANEA).

Na investigação aplicada a seres humanos, para não causar danos ao direito e liberdade da pessoa, é muito importante tomar as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades dos indivíduos com espondilartrite anquilosante que participaram neste estudo.

Deste modo, foram cumpridos os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos e determinados pelos códigos da ética, sendo estes o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal. Tendo em conta estes princípios, antes da realização da colheita de dados, a ANEA assegurou que todos os participantes no estudo foram informados acerca dos objectivos do estudo, sendo transmitida toda informação necessária para a obtenção dos seus consentimentos livres e esclarecidos (Anexo IV). Foi assegurado o anonimato

e confidencialidade dos participantes, através da não identificação dos questionários e na colocação dos mesmos numa caixa fechada.

A recolha do instrumento de colheita de dados foi feita através da recepção dos questionários enviados pela Associação Nacional da Espondilite Anquilosante.

Após recolha de dados foi efectuado o tratamento estatístico dos mesmos, com posterior análise e discussão dos resultados.

CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados e o respectivo tratamento estatístico. Em primeiro lugar, proceder-se-á a uma caracterização da amostra, e posteriormente foi realizada uma análise descritiva. O presente estudo foi realizado com base numa amostra de 60 indivíduos com Espondilartrite Anquilosante, residentes no território nacional, das quais 12 indivíduos eram do sexo feminino e 48 do sexo masculino. O método de amostragem utilizado foi o de conveniência, sendo a amostra constituída por indivíduos com espondilartrite anquilosante registados na base de dados dos sócios da Associação Nacional da Espondilite Anquilosante (ANEA).

2.1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

A amostra é constituída por 60 inquiridos com espondilartrite anquilosante, e os dados serão apresentados de acordo com o questionário.

No que respeita à *Idade* dos inquiridos, verifica-se (Tabela 2) que a média geral é de 45,08 anos com um desvio padrão de 11,078 anos variando entre 25 e 68 anos. Relativamente às mulheres, verifica-se também que a média de idade é de 42,00 anos com desvio padrão de 8,863 anos variando entre os 25 e 55 anos. No que concerne aos homens, a média é um pouco mais elevada sendo de 45,85 anos com um desvio padrão de 11,517 variando as idades entre os 27 e os 68 anos.

Tabela 2 - Valores descritivos da variável Idade (n=60)

	<i>n</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	\bar{x}	<i>s</i>
Idade	60	25	68	45,08	11,078
Idade das mulheres	12	25	55	42,00	8,863
Idade dos homens	48	27	68	45,85	11,517

Em relação ao “**Género**”, verifica-se que 48 dos inquiridos são do sexo masculino (80,0%), sendo os restantes 12 do sexo feminino (20,0%) (Quadro 2).

Analisando o “**estado civil**” relativamente ao género **masculino**, observa-se que 10 (20,8%) dos 48 homens são solteiros, 31 (64,6%) são casados, 2 (4,2%) são divorciados e 5 (10,4%) vivem em união de facto. No que se refere ao género **feminino** 11 (91,7%) das 12 mulheres são casadas e apenas 1 (8,3%) vive em união de facto (Quadro 2).

Em relação ao “**parceiro sexual actual**”, relativamente ao género masculino, 2 (4,2%) dos inquiridos afirmam não ter nenhum parceiro, 12 (25,0%) dizem que têm namorada, 33 (68,7%) dizem ter mulher e apenas 1 (2,1%) dos inquiridos refere ter múltiplas parceiras sexuais. No sexo feminino, relativamente à mesma variável pode concluir-se que apenas 1 (8,3%) inquirida afirma ter namorado e 11 (91,7%) diz ter o marido como parceiro (Quadro 2).

À questão “**tem filhos**”, 37 (77,1%) dos 48 inquiridos respondeu afirmativamente à questão e 11 (22,9%) responderam não ter filhos, no caso das mulheres, 10 (83,3%) responderam afirmativamente, sendo que 2 (16,7%) afirmaram não ter filhos (Quadro 2)..

No que concerne à “**escolaridade**”, conclui-se que no que respeita ao sexo masculino 19 (39,6%) dos inquiridos não possui mais que o ensino preparatório, 14 (29,2%) concluíram o ensino secundário e 15 (31,3%) o ensino superior. Analisando a escolaridade a nível do sexo feminino pode observar-se que 6 (50,0%) das inquiridas possuem o ensino preparatório, 2 (16,7%) o ensino secundário, 3 (25,0%) o ensino superior e apenas 1 (8,3%) das inquiridas respondeu outro (Quadro 2).

Em relação à “**situação perante o trabalho**”, a grande maioria dos inquiridos estava empregado(a), quer do sexo masculino (58,3%) quer do sexo feminino (81,8%). Nesta amostra tem-se também 2 (4,2%) estudantes do sexo masculino e 1 (9,1%) do sexo feminino e 3 (6,3%) de inquiridos do sexo masculino responderam outra relativamente a situação laboral (Quadro 2).

Relativamente à “**área de residência**”, 22 dos inquiridos dizem viver em área rural sendo 16 (33,3%) do sexo masculino e 6 (50,0%) do sexo feminino e 38 em área urbana sendo 32 (66,7%) homens e 6 (50,0%) mulheres (Quadro 2).

Já no que se refere à “**zona de residência**”, 6 (12,5%) dos homens vivem na zona Norte tal como 4 (33,3%) mulheres, pela zona centro distribuem-se 24 (50,0%) dos inquiridos do sexo masculino e 5 (41,7%) do sexo feminino, em Lisboa encontram-se 18 (37,5%) dos homens e 2 (16,7%) das mulheres e apenas 1 (8,3%) das inquiridas vive no algarve (Quadro 2).

No que concerne à questão “**com quem vive**”, 5 (10,4%) dos inquiridos do sexo masculino vivem sozinhos, sendo que nenhuma mulher afirmou estar nesta situação. Os restantes 43 (89,6%) homens afirmaram viver na companhia do conjugue e/ou filhos e/ou outros familiares, já no que respeitas às mulheres, todas (100%) afirmaram viver na companhia do conjugue e/ou filhos e/ou outros familiares (Quadro 2).

Quadro 2 - Distribuição dos elementos da amostra em função das características sócio-demográficas (n=60)

Variáveis	Items	Homens		Mulheres	
		n	%	n	%
Género	Masculino / Feminino	48	80,0	12	20,0
Estado Civil	Solteiro(a)	10	20,8		
	Casado(a)	31	64,6	11	91,7
	Divorciado(a)	2	4,2		
	União de Facto	5	10,4	1	8,3
Parceiro Sexual atual	Nenhum	2	4,2		
	Namorada(o)	12	25,0	1	8,3
	Mulher / Marido	33	68,7	11	91,7
	Múltiplos parceiros femininos	1	2,1		
Tem Filhos	Sim	37	77,1	10	83,3
	Não	11	22,9	2	16,7
Escolaridade	1º Ciclo do ensino básico (4º ano)	4	8,3	2	16,7
	2º Ciclo do ensino básico (6º ano)	8	16,7	1	8,3
	3º Ciclo do ensino básico (9º ano)	7	14,6	3	25,0
	Ensino Secundário (12º ano)	14	29,2	2	16,7
	Ensino Superior	15	31,3	3	25,0
	Outro			1	8,3
Situação perante o trabalho	Empregado(a)	28	58,3	9	81,8
	Desempregado(a)	3	6,3		
	Reformado(a)	12	25,0	1	9,1
	Estudante	2	4,2	1	9,1
	Outra	3	6,3		

Área de Residência	Rural	16	33,3	6	50,0
	Urbana	32	66,7	6	50,0
Zona de Residência	Norte	6	12,5	4	33,3
	Centro	24	50,0	5	41,7
	Lisboa	18	37,5	2	16,7
	Algarve			1	8,3
Com quem vive	Sozinho(a)	5	10,4		
	Conjuge	17	35,4	8	66,7
	Filhos	1	2,1		
	Outros Familiares	5	10,4	1	8,3
	Conjuge e filhos	20	41,7	3	25,0

2.2 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

Quanto às características clínicas do total da amostra no que se refere ao “**tempo de diagnóstico da doença**” verifica-se que a média é de 12,55 anos com um desvio padrão de 10,296 anos. Verifica-se ainda que a amostra tem um mínimo de 1 ano e um máximo de 40 anos de tempo de diagnóstico da doença (Tabela 3).

Em relação ao tempo de diagnóstico do sexo masculino verifica-se que a média é de 12,83 anos com um desvio padrão de 10,743 anos, com um mínimo de 2 e um máximo de 40 anos de diagnóstico (Tabela 3).

Em relação ao sexo feminino, verifica-se uma média de 11,42 anos e um desvio padrão de 8,568 anos com um mínimo de 1 e um máximo de 26 anos de diagnóstico (Tabela 3).

Tabela 3 - Valores descritivos da variável Tempo de diagnóstico da doença (n=60)

	N	Mínimo	Máximo	\bar{x}	s
Tempo de diagnóstico da doença	60	1	40	12,55	10,296
Tempo de diagnóstico da doença nos homens	48	2	40	12,83	10,743
Tempo de diagnóstico da doença nas mulheres	12	1	26	11,42	8,568

No que respeita à variável “**atualmente tem sintomas**”, 51 inquiridos responderam afirmativamente, dos quais 40 (83,3%) pertencem ao sexo masculino e 11 (91,7%) ao sexo feminino e 9 referiram não ter sintomas. Verifica-se que os inquiridos que referiram sintomatologia, referiam comprometimento da coluna, comprometimento dos membros inferiores (anca, joelhos e calcanhar) e fadiga (Quadro 3).

Relativamente à variável “**faz medicação**”, 40 (87,0%) dos inquiridos do sexo masculino afirmou fazer medicação assim como 11 (91,7%) das mulheres afirma o mesmo (Quadro 3).

No que concerne à variável *tem* “**patologias associadas**”, nenhum dos inquiridos tem patologias associadas (Quadro 3).

Em relação aos “**hábitos tabágicos**”, a grande maioria dos inquiridos quer homens (69,6%) quer mulheres (91,75) afirma não fumar (Quadro 3).

Já no que respeita à variável “**bebe bebidas alcoólicas**” 37 dos inquiridos diz consumir sendo que 33 (68,8%) são do sexo masculino e 4 (33,3%) do sexo feminino (Quadro 3).

Quanto à questão “**pratica exercício físico**” 30 diz praticar, em que 26 (74,3%) são homens e 4 (33,3%) são mulheres (Quadro 3).

Na variável “**faz programa de reabilitação**”, 19 dos inquiridos dizem fazer, onde se incluem 15 (44,1%) dos 48 homens e 4 (33,3%) das 12 mulheres (Quadro 3).

Quadro 3 - Distribuição dos elementos da amostra em função das características clínicas (n=60)

Variáveis	Homens		Mulheres	
	n	%	n	%

Atualmente tem sintomas				
Sim	40	83,3	11	91,7
Não	8	16,7	1	8,3
Faz medicação				
Sim	40	87,0	11	91,7
Não	6	13,0	1	8,3
Tem patologias associadas				
Não	48	100,0	12	100,0
Fuma				
Sim	14	30,4	1	8,3
Não	32	69,6	11	91,7
Bebe bebidas alcoólicas				
Sim	33	68,8	4	33,3
Não	15	31,2	8	66,7
Pratica Exercício				
Sim	26	74,3	4	33,3
Não	9	25,7	8	66,7
Faz programa de reabilitação				
Sim	15	44,1	4	33,3
Não	19	55,9	8	66,7

Quanto à “**incapacidade funcional (BASFI)**” (Tabela 4), verifica-se que a média é de 4,40 com um desvio padrão de 2,460, variando entre os 0,12 e 10,00. Analisando o nível de incapacidade dos homens e das mulheres separadamente, podemos observar na mesma tabela que são muito idênticos com a amostra total, sendo que para os homens a média é de 4,40 com um desvio padrão de 2,540 e para as mulheres, um valor de incapacidade um pouco inferior, com uma média de 4,39 com um desvio

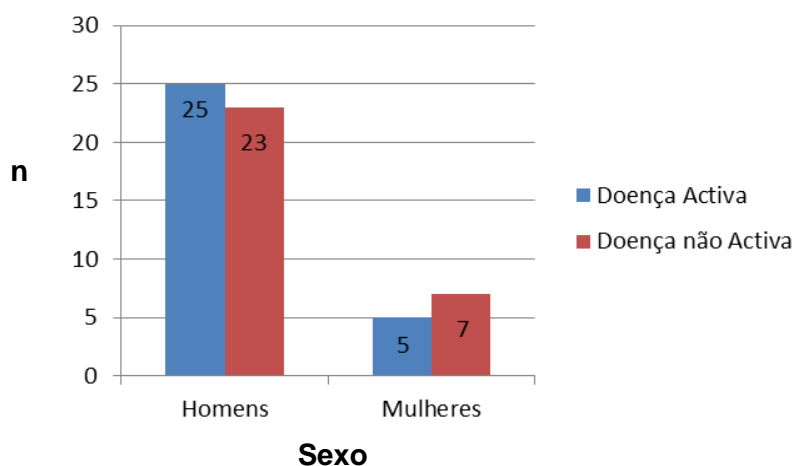
padrão de 2,208. Consta-se que o total dos inquiridos apresenta já incapacidade funcional nas actividades de vida diária.

Tabela 4 - Distribuição dos elementos da amostra em função da incapacidade funcional (BASFI)

	n	Variação	Mínimo	Máximo	\bar{x}	s
BASFI total	60	0 - 10	0,12	10,00	4,40	2,460
BASFI nos homens	48		0,12	10,00	4,40	2,540
BASFI nas mulheres	12		0,82	9,10	4,39	2,208

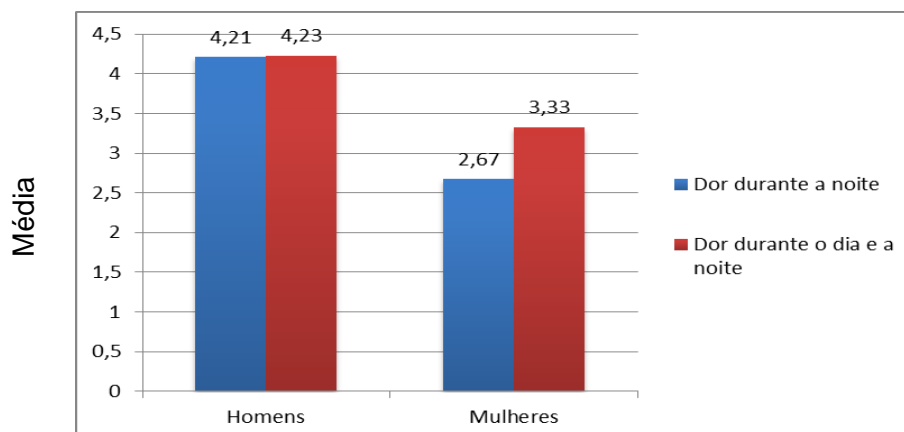
Relativamente à “**atividade da doença (BASDAI)**” e observando o Gráfico 1, podemos constatar que as diferenças não são muito acentuadas. Ainda assim, podemos verificar que a doença está mais activa nos homens do que nas mulheres.

Gráfico 1 - Distribuição dos elementos da amostra em função da Actividade da doença (BASDAI)



No que concerne ao “**grau de dor sentida na coluna**” visível no Gráfico 2, podemos afirmar que existe homogeneidade entre as duas análises realizadas (dor durante a noite e dor durante o dia e a noite), podendo também afirmar-se que a grande concentração dos inquiridos se situa entre o grau de intensidade de dor 3 e 4.

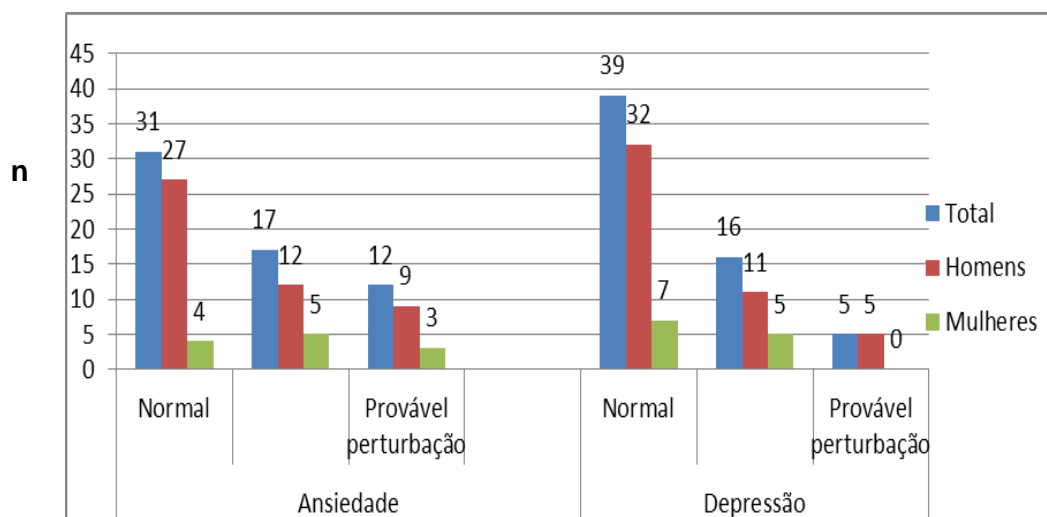
Gráfico 2 - Distribuição dos elementos da amostra em função da Dor sentida



2.3 – CARACTERIZAÇÃO PSICOSSOCIAL

Quanto às características psicossociais no que se refere à “**Ansiedade e da Depressão**”, pode observar-se no Gráfico 3 que tanto para a Ansiedade como para a Depressão, a grande maioria dos inquiridos não tem qualquer perturbação.

Gráfico 3 - Distribuição dos elementos da amostra em função da Ansiedade e da Depressão



Em relação à escala de “**Auto-estima Global**” (Quadro 4), verifica-se que a média é de 33,40 com um desvio padrão de 4,400, variando entre 25 e 46 (numa variação possível de 6 e 60). Analisando ainda a auto-estima mas agora comparando homens e mulheres, podemos observar na mesma tabela que os valores são idênticos

com a amostra total, sendo que para os homens a média é de 33,04 com um desvio padrão de 4,089 e para as mulheres 34,83 de média, com um desvio padrão de 5,441.

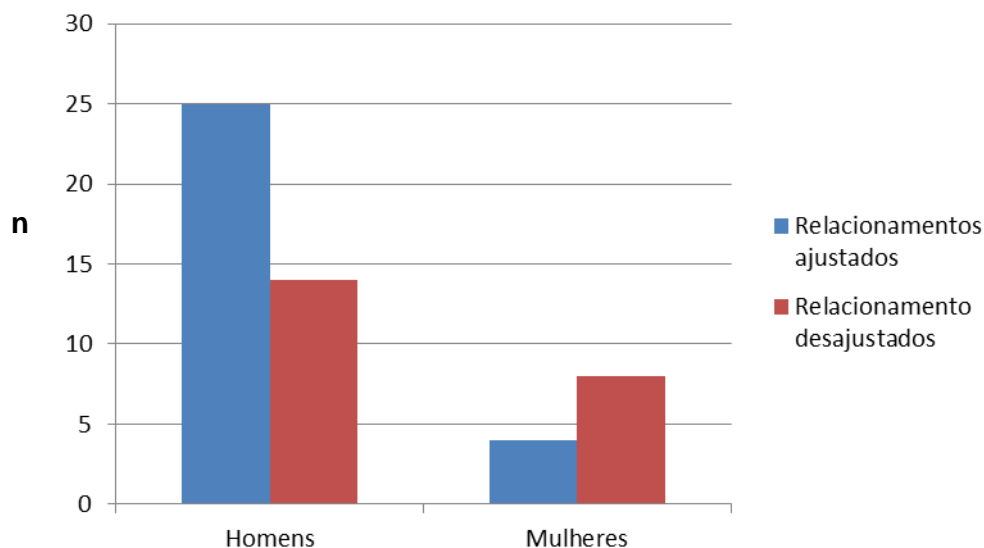
Quanto às Atitudes positivas a média é de 23,95 com um desvio padrão de 4,579, variando entre 10 e 30 (numa variação possível de 3 e 30). Analisando agora a diferença entre homens e mulheres, podemos observar que os homens têm uma média inferior à das mulheres, mas com valores próximos. Agora em relação às Atitudes negativas, no geral a média é de 9,45 com um desvio padrão de 4,593 variando entre 4 e 22 (numa variação possível entre 3 e 30). Analisando separadamente homens e mulheres, podemos afirmar que as mulheres têm mais atitudes negativas que os homens, sendo que estas têm uma média de 10,67 com um desvio padrão de 4,905 e os homens uma média de 9,15, com um desvio padrão de 4,515.

Quadro 4 - Distribuição dos elementos da amostra em função da Auto Estima Global

	<i>n</i>	<i>Varição</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	\bar{x}	<i>S</i>
Auto-estima	60	6 – 60	25	46	33,40	4,400
Auto-estima das mulheres	12		29	46	34,83	5,441
Auto-estima dos homens	48		25	43	33,04	4,089
Atitudes positivas	60	3 – 30	10	30	23,95	4,579
Atitudes positivas nas mulheres	12		19	29	24,17	2,758
Atitudes positivas nos homens	48		10	30	23,90	4,952
Atitudes negativas	60	3 – 30	4	22	9,45	4,593
Atitudes negativas nas mulheres	12		5	21	10,67	4,905
Atitudes negativas nos homens	48		4	22	9,15	4,515

Relativamente ao “**Ajustamento Diádico**” referente à escala “EAD” e observando o Gráfico 4, podemos afirmar que as diferenças são mais acentuadas nos homens do que nas mulheres. Ainda assim, podemos afirmar que há mais relacionamentos ajustados nos homens do que nas mulheres.

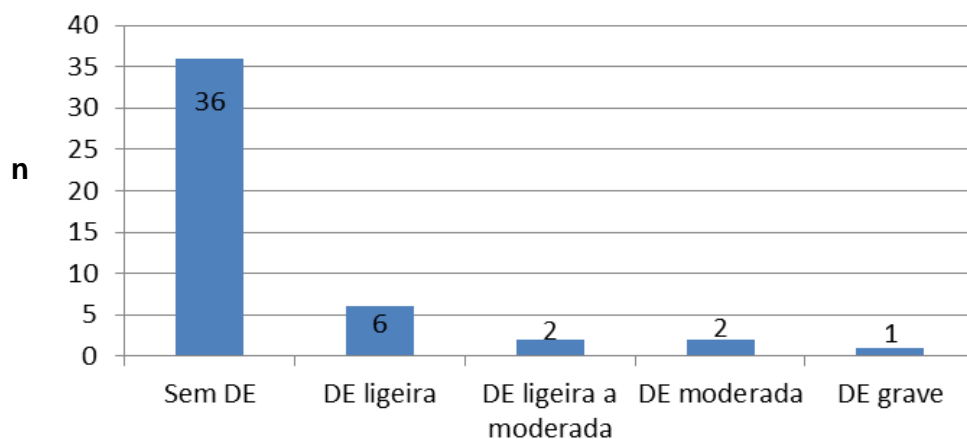
5- Distribuição dos elementos da amostra em função do Ajustamento Diádico



2.4 – CARACTERIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO SEXUAL

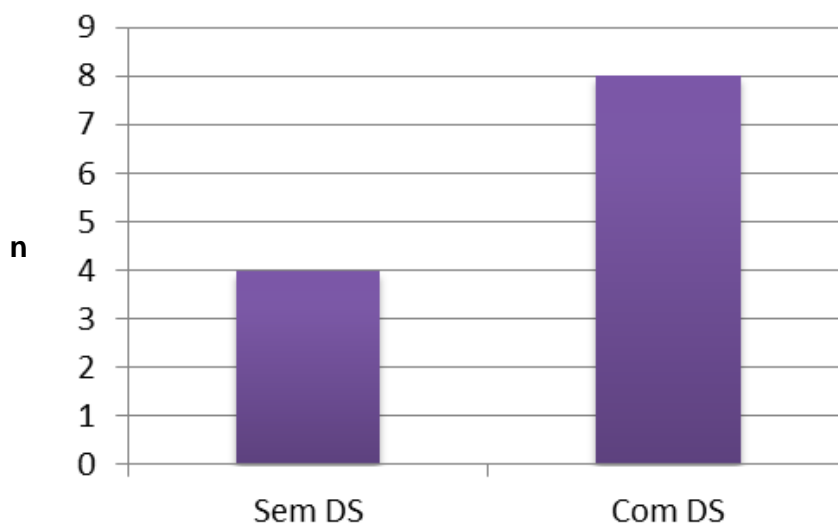
No que concerne ao “Índice Internacional de Função Erétil”, e visualizando o Gráfico 5, pode-se afirmar que a maioria dos homens (36) não tem disfunção erétil, 6 têm disfunção ligeira, 2 ligeira a moderada, 2 moderada e 1 homem com disfunção erétil grave.

Gráfico 5 - Distribuição dos elementos da amostra em função da Disfunção Erétil



No que concerne ao “Funcionamento Sexual Feminino”, verifica-se (gráfico 6) que das 12 participantes, 8 apresentam disfunção sexual (considerada quando o somatório do índice é igual ou inferior a 26 pontos)

Gráfico 6 - Distribuição dos elementos da amostra em função da Disfunção Sexual feminina



3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE INFERENCIAL

Segundo Gageiro & Pestana (2008), a análise inferencial permite, com base nos elementos observados, tirar conclusões para um domínio mais vasto de onde esses elementos provieram. As inferências, que requerem o conhecimento das probabilidades, são feitas através de estimação pontual, de intervalos de confiança e de testes estatísticos não paramétricos.

Seguidamente, apresentam-se os dados obtidos e o resultado referentes às análises estatísticas. Esta apresentação e análise terão um carácter descritivo, ficando a interpretação dos resultados reservada para o capítulo da discussão. Os resultados são apresentados de acordo com a ordem dos objectivos previamente estabelecidos.

Objectivo 1 - Determinar se as variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil) e clínicas (Tempo de diagnóstico, Dor, Incapacidade funcional (BASFI) e Actividade

da doença (BASDAI)) influenciam a sexualidade do individuo com espondilartrite anquilosante.

Para se quantificar a associação entre a “idade” e o **Índice de Função Erétil** (tabela 5) recorreremos à Correlação de Pearson que, como coeficiente estatístico, permite conhecer a força e o sentido da associação linear, existente entre as duas variáveis. Os resultados obtidos pelas correlações, expressam a existência em relação aos homens, de apenas correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) negativas. Em relação à variável “Idade”, as subescalas que se correlacionam são a “Função Erétil” ($r_s = -0,424$; $p = 0,003$), o “Desejo Sexual” ($r_s = -0,307$, $p = 0,034$), a “Satisfação Orgásmica” ($r_s = -0,350$; $p = 0,015$) e o total da escala masculina ($r_s = -0,412$; $p = 0,004$) podendo inferir-se que quanto mais velho for o homem, pior a sua “Função Erétil”, o seu “Desejo Sexual”, a sua “Satisfação Orgásmica” e também o Índice Internacional de Função erétil (IIEF) (Tabela 5).

Tabela 5 -Resultados da Correlação de Pearson: Índice da função erétil em função da idade

IIEF	r_s	p
Função Erétil	-,424*	,003
Função Orgásmica	-,253	,082
Desejo Sexual	-,307*	,034
Satisfação Sexual/Coital	-,223	,128
Satisfação Geral	-,160	,279
Função Ejaculatória	-,240	,100
Satisfação Orgásmica	-,350*	,015
TOTAL da IIEF	-,412*	,004

Relativamente à influência da variável “**Estado Civil**”, com a escala e subescalas da IIEF, recorreu-se ao teste de U de Mann-Whitney. Como se pode verificar pela análise da Tabela 6, não se verifica nenhuma diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$), não existindo evidência para afirmar qualquer diferença entre casados e solteiros.

Tabela 6 -Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à escala e subescalas da “IIEF” em função da variável “Estado Civil”

	Estado Civil	n	Média postos	z	P
Função Eréctil	Casados e Un. Facto Solt. e Divor.	12 36	26,03 19,92	-1,35	0,177
Função Orgásmica	Casados e Un. Facto Solt. e Divor.	12 36	25,76 20,71	-1,59	0,111
Desejo Sexual	Casados e Un. Facto Solt. e Divor.	12 36	26,57 18,29	-1,81	0,070
Satisfação Sexual/Coital	Casados e Un. Facto Solt. e Divor.	12 36	25,82 20,54	-1,14	0,255
Satisfação Geral	Casados e Un. Facto Solt. e Divor.	12 36	26,00 20,00	-1,34	0,182
Função Ejaculatória	Casados e Un. Facto Solt. e Divor.	12 36	25,57 21,29	-0,93	0,355
Satisfação Orgásmica	Casados e Un. Facto Solt. e Divor.	12 36	26,21 19,38	-1,52	0,130
TOTAL da IIEF	Casados e Un. Facto Solt. e Divor.	12 36	26,31 19,08	-1,55	0,121

Relativamente ao “**Tempo de Diagnóstico**”, não se verifica nenhuma correlação estatisticamente significativa ($p>0,05$) (tabela 7).

Analisando as variáveis “**Dor dia**” e “**Dor dia e noite**” também não se verifica nenhuma correlação estatisticamente significativa ($p>0,05$) (tabela 7).

No que concerne ao índice “**BASFI**” (incapacidade funcional), verificam-se algumas correlações significativas negativas entre as subescalas “Função Orgásmica” ($r_s=-0,288$; $p=0,047$), “Satisfação Sexual/Coital” ($r_s=-0,414$; $p=0,003$), “Satisfação Geral” ($r_s=-0,493$; $p=0,000$), “Satisfação Orgásmica” ($r_s=-0,289$; $p=0,047$) e o total da escala ($r_s=-0,319$; $p=0,027$). Podemos então inferir que quanto maior é o índice “BASFI”(incapacidade funcional), menor a sua “Função Orgásmica”, menor a sua “Satisfação Sexual/Coital”, a sua “Satisfação Geral”, menor a sua “Satisfação Orgásmica” e também menor o total da escala (tabela 7).

Em relação ao índice “**BASDAI**” (actividade da doença), não existe nenhuma correlação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis ($p>0,05$) (tabela 7).

Tabela 7 - Correlação entre as variáveis independentes: “Tempo de diagnóstico”, “Dor noite”, “Dor dia e noite”, “BASFI” e “BASDAI” e a escala e subescalas da “IIEF” (n=48)

		Tempo de Diagnóstico	Dor Noite	Dor Dia e Noite	BASFI	BASDAI
Função Erétil	r_s	-,022	,056	,041	-,163	,121
	p	,884	,706	,784	,270	,413
Função Orgásmica	r_s	-,124	,196	,199	-,288*	,139
	p	,402	,183	,176	,047	,347
Desejo Sexual	r_s	,087	,039	,030	-,162	,175
	p	,559	,792	,837	,270	,235
Satisfação Sexual/Coital	r_s	,127	-,163	-,121	-,414*	,098
	p	,388	,268	,415	,003	,509
Satisfação Geral	r_s	,071	-,154	-,015	-,493*	,152
	p	,633	,295	,918	,000	,301
Função Ejaculatória	r_s	-,113	,126	,144	-,086	,160
	p	,444	,392	,329	,560	,276
Satisfação Orgásmica	r_s	,129	-,098	-,082	-,289*	,024
	p	,381	,506	,580	,047	,873
TOTAL da IIEF	r_s	,040	-,061	-,056	-,319*	,143
	p	,787	,680	,703	,027	,332

* Correlação significativa ($p < 0,05$)

Passa-se agora a analisar a Tabela 8, referente aos mesmos dados para as mulheres. Relativamente à variável “**Idade**” não se encontrou qualquer correlação estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Em relação ao “**Tempo de Diagnóstico**”, também não se verifica nenhuma correlação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) (tabela 8).

Analisando a variável “**Dor noite**”, encontra-se apenas uma correlação estatisticamente significativa negativa e moderada como já referida anteriormente ($r_s = -0,606$; $p = 0,037$), podendo inferir-se que quanto menos dor durante a noite tiver uma mulher, melhor será o orgasmo (tabela 8).

Relativamente à variável “**Dor dia e noite**” e aos índices “**BASFI**” (incapacidade funcional) e “**BASDAI**” (actividade da doença), não se verifica nenhuma correlação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) (tabela 8).

Tabela 8 - Correlação entre as variáveis independentes “Idade”, “Tempo de diagnóstico”, “Dor noite”, “Dor dia e noite”, “BASFI” e “BASDAI” e a escala e subescalas da “FSFI” (n=48)

		Idade	Tempo de Diagnóstico	Dor Noite	Dor Dia e Noite	BASFI	BASDAI
Desejo	r _s	,228	,148	-,014	,027	,203	-,075
	p	,476	,646	,964	,933	,527	,818
Excitação	r _s	,290	,220	-,027	,090	,207	-,148
	p	,360	,492	,934	,781	,518	,645
Lubrificação	r _s	,111	,064	-,324	-,165	,199	-,109
	p	,731	,844	,305	,608	,535	,736
Orgasmo	r _s	,069	,287	-,606*	-,365	,130	-,098
	p	,832	,366	,037	,244	,687	,763
Satisfação	r _s	-,025	-,118	,436	,235	-,131	,170
	p	,939	,716	,156	,462	,684	,597
Desconforto/Dor	r _s	-,042	-,377	-,412	-,422	,327	,026
	p	,902	,254	,208	,197	,326	,939
TOTAL da FSFI	r _s	,217	,162	-,178	-,050	,322	-,091
	p	,498	,616	,581	,878	,307	,779

* Correlação significativa ($p < 0,05$)

Objectivo 2 - Determinar se as variáveis psicossociais (estado de ansiedade e depressão (HADS), a auto-estima global (AEG) e o ajustamento diádico (EAD)) influenciam a sexualidade do individuo com espondilartrite anquilosante.

Apresentam-se de seguida os testes em tabelas independentes para tornar mais fácil a interpretação, ou seja, a influência do estado de ansiedade e depressão (HADS), da auto-estima global (AEG) e do ajustamento diádico (EAD), no comportamento sexual masculino (Quadro 5) e no funcionamento sexual feminino (Quadro 6).

Verifica-se então que em relação ao comportamento sexual masculino, existem correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) positivas e negativas. Em relação à subescala “**HADS – Ansiedade**” não se verifica nenhuma correlação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) (Quadro 5).

Relativamente à subescala “**HADS - Depressão**”, correlaciona-se com as subescalas “Função Erétil” ($r_s = -0,312$; $p = 0,031$), “Desejo Sexual” ($r_s = -0,360$; $p = 0,012$), “Satisfação Sexual/Coital” ($r_s = -0,372$; $p = 0,009$), “Satisfação Orgásmica” ($r_s = -0,405$; $p = 0,004$) e também com o total da escala masculina ($r_s = -0,421$; $p = 0,004$) (Quadro 5).

No caso do **“Total da Escala de Ansiedade e Depressão”**, existem correlações estatisticamente significativas com as subescalas **“Satisfação Sexual/Coital”** ($r_s=-0,326$; $p=0,024$), **“Satisfação orgásmica”** ($r_s=-0,343$; $p=0,017$) e também com o total da escala masculina ($r_s=-0,354$, $p=0,014$) (Quadro 5). Com as correlações encontradas, pode-se constatar que quanto maior for a depressão num homem, menor será a sua função erétil, o seu desejo sexual, a sua satisfação sexual e orgásmica bem como o comportamento sexual. Constata-se também que quanto mais ansiosos e depressivos estiverem os homens, menor será a sua satisfação sexual e orgásmica e consequentemente o seu comportamento sexual.

Observando agora a subescala **“EAEG – Atitudes Positivas”** da escala Auto-estima Global, verificam-se apenas correlações estatisticamente significativas com as subescalas **“Desejo Sexual”** ($r_s=-0,347$; $p=0,016$) e **“Satisfação Orgásmica”** ($r_s=-0,289$; $p=0,046$) (Quadro 5). Em relação à subescala **“EAEG – Atitudes Negativas”**, esta apenas se relaciona com a subescala **“Função Orgásmica”** ($r_s=-0,355$; $p=0,013$) (Quadro 5). No que concerne ao **“Total da Escala da Auto-estima Global”**, não se encontra nenhuma correlação estatisticamente significativa ($p>0,05$). Pode inferir-se que quanto mais atitudes positivas o homem tiver, maior o seu desejo sexual e satisfação orgásmica e que quanto mais atitudes negativas, menor é a função orgásmica do homem.

Analisando agora a subescala **“EAD – Consenso”**, existe apenas uma correlação estatisticamente significativa e positiva com a subescala **“Desejo Sexual”** ($r_s=0,349$; $p=0,029$). Relativamente à subescala **“EAD – Satisfação”** e à subescala **“EAD – Coesão”**, estas correlacionam-se com a subescala **“Satisfação Geral”** com os valores de correlação ($r_s=0,502$; $p=0,001$) e ($r_s=0,462$; $p=0,003$) respectivamente. Na subescala **“EAD – Expressão de Afecto”**, não se verificou nenhuma correlação estatisticamente significativa ($p>0,05$). Por fim, obteve-se correlação entre a escala **“EAD - TOTAL”** e as subescalas **“Desejo Sexual”** ($r_s=0,348$; $p=0,030$) **“Satisfação Geral”** ($r_s=0,404$; $p=0,011$). Pode-se deduzir que quanto maior for o consenso, maior será o desejo sexual, quanto maior for a satisfação e coesão no ajustamento diádico, maior é a satisfação geral do comportamento sexual masculino. Constata-se que quanto maior for o ajustamento diádico, maior será o desejo sexual e a satisfação geral no comportamento sexual masculino (Quadro 5).

Quadro 5 - Correlação entre as escalas e subescalas das HADS, AEG e EAD e a escala e subescalas da escala IIEF (n=48)

IIEF		Função Erétil	Função Orgásmica	Desejo Sexual	Satisfação Sexual/Coital	Satisfação Geral	Função Ejaculatória	Satisfação Orgásmica	TOTAL da IIEF
OUTRAS ESCALAS									
HADS - Ansiedade	r_s	-,111	-,093	-,097	-,227	-,251	-	-,206	-,227
	p	,452	,530	,512	,121	,086	,202 ,169	,161	,121
HADS - Depressão	r_s	-,312*	-,144	-,360*	-,372*	-,192	-	-,405*	-,421*
	p	,031	,329	,012	,009	,191	,242 ,097	,004	,003
HADS - TOTAL	r_s	-,236	-,132	-,254	-,326*	-,233	-	-,343*	-,354*
	p	,106	,370	,081	,024	,111	,213 ,147	,017	,014
AEG – Atitudes Positivas	r_s	-,178	-,252	-,347*	-,177	-,117	-	-,289*	-,239
	p	,226	,084	,016	,230	,428	,073 ,622	,046	,102
AEG – Atitudes Negativas	r_s	-,088	-,355*	-,131	-,114	-,034	-	-,228	-,122
	p	,550	,013	,375	,440	,818	,206 ,160	,119	,409
AEG - TOTAL	r_s	,160	-,046	,273	,080	,126	-	,121	,153
	p	,279	,758	,061	,589	,393	,163 ,269	,412	,300
EAD - Consenso	r_s	,026	-,039	,349*	,015	,310	-	,011	,115
	p	,876	,813	,029	,927	,055	,002 ,989	,946	,486
EAD - Satisfação	r_s	,018	-,046	,203	,044	,502*	-	,124	,169
	p	,915	,779	,215	,792	,001	,021 ,901	,451	,303
EAD - Coesão	r_s	-,023	-,309	,264	,118	,462*	-	,205	,197
	p	,887	,056	,104	,475	,003	,069 ,677	,211	,228
EAD – Expressão de Afeto	r_s	-,052	-,205	,191	,194	,139	,004	-,150	,065
	p	,755	,210	,245	,237	,399	,979	,363	,695
EAD - TOTAL	r_s	,027	-,149	,348*	,037	,404*	-	,098	,169
	p	,872	,364	,030	,824	,011	,035 ,833	,551	,304

* Correlação significativa ($p < 0,05$)

Relativamente ao funcionamento sexual feminino (Quadro 6) verifica-se que nas **subescalas e Total da escala HADS** que avalia a ansiedade e depressão, não existe nenhuma correlação estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Relativamente à **“Escala de Auto-estima Global”** (AEG) (Quadro 6), ou seja, às subescalas **“AEG – Atitudes Positivas”** e **“AEG – Atitudes Negativas”** bem como o total da escala, também não se encontraram correlações estatisticamente significativas.

No que concerne à subescala **“EAD – Consenso”**, existe apenas uma correlação estatisticamente significativa e positiva com a subescala **“Desconforto”** ($r_s = 0,716$; $p = 0,013$). Relativamente à subescala **“EAD – Satisfação”**, esta correlaciona-se com a subescala **“Lubrificação”** ($r_s = 0,596$; $p = 0,041$) e **“Satisfação”** ($r_s = -0,613$; $p = 0,034$).

Nas subescalas **“EAD – Coesão”** e **“EAD – Expressão de Afeto”**, não se verificou nenhuma correlação estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Por fim, obteve-se correlação entre a escala **“EAD - TOTAL”** e as subescalas **“Desejo”** ($r_s = 0,644$; $p = 0,024$), **“Excitação”** ($r_s = 0,735$; $p = 0,007$), **“Lubrificação”** ($r_s = 0,723$; $p = 0,008$), **“Satisfação”** ($r_s = -0,732$; $p = 0,007$), **“Desconforto”** ($r_s = 0,606$; $p = 0,048$) e também com o total da escala do funcionamento sexual feminino ($r_s = 0,666$; $p = 0,018$). Com as correlações encontradas, pode-se concluir que quanto maior for o consenso, menor será o desconforto no funcionamento sexual feminino (apesar de ser uma correlação positiva, interpreta-se desta maneira devido às inversões efectuadas), quanto maior for a satisfação no ajustamento diádico, maior é a lubrificação e a satisfação do funcionamento sexual feminino.

Pode inferir-se também que quanto maior for o ajustamento diádico, maior será o desejo, a excitação, a lubrificação, a satisfação e o funcionamento sexual feminino no geral e menor será o desconforto.

Quadro 6 - Correlação entre as escalas e subescalas das HADS, AEG e EAD e a escala e subescalas da FSFI (n=12)

FSFI		Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Desconforto	TOTAL da FSFI
OUTRAS ESCALAS								
HADS - Ansiedade	r _s p	-,241 ,450	-,391 ,209	-,404 ,193	-,537 ,072	,389 ,212	-,375 ,256	-,482 ,113
HADS - Depressão	r _s p	-,061 ,851	-,175 ,587	-,325 ,303	-,002 ,996	,329 ,296	-,037 ,913	-,060 ,853
HADS - TOTAL	r _s p	-,138 ,670	-,302 ,340	-,405 ,191	-,232 ,467	,389 ,212	-,202 ,552	-,267 ,401
AEG – Atitudes Positivas	r _s p	,288 ,364	,435 ,158	,360 ,250	,216 ,501	-,339 ,281	,160 ,639	,410 ,185
AEG – Atitudes Negativas	r _s p	-,047 ,886	,032 ,921	-,224 ,484	-,097 ,765	,326 ,302	-,024 ,944	,035 ,913
AEG - TOTAL	r _s p	,043 ,895	,229 ,475	-,005 ,987	,062 ,849	,075 ,817	,069 ,841	,225 ,483
EAD - Consenso	r _s p	,229 ,473	,285 ,369	,359 ,252	,195 ,544	-,333 ,291	,716* ,013	,384 ,217
EAD - Satisfação	r _s p	,461 ,131	,480 ,114	,596* ,041	,522 ,082	- ,613* ,034	,490 ,126	,509 ,091
EAD - Coesão	r _s p	,499 ,099	,539 ,070	,358 ,253	,065 ,840	-,393 ,206	-,098 ,774	,310 ,327
EAD – Expressão de Afeto	r _s p	,225 ,481	,298 ,346	,326 ,301	-,018 ,955	-,407 ,190	,310 ,353	,218 ,495
EAD - TOTAL	r _s p	,644* ,024	,735* ,007	,723* ,008	,414 ,181	- ,732* ,007	,606* ,048	,666* ,018

* Correlação significativa ($p < 0,05$)

CAPÍTULO 3 – DISCUSSÃO

Após a apresentação e análise dos resultados obtidos, procede-se em seguida a uma reflexão crítica dos mesmos, confrontando-os entre si e com o quadro teórico de referência, salientando alguns dos estudos publicados no âmbito da sexualidade na espondilartrite anquilosante.

3.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após os resultados apresentados e descritos, vai ser feita a sua discussão em termos de interpretação e comparação de acordo com os objectivos do estudo. Começa-se pela caracterização sócio demográfica, clínica e psicossocial da amostra e depois segue-se com uma estrutura de apresentação idêntica ao desenvolvimento do trabalho, com a discussão dos objectivos.

Relativamente ao “**género**”, a nossa amostra era maioritariamente masculina (80,0%), Estes resultados estão de acordo com os encontrados na literatura, uma vez que a doença é mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino numa relação de três homens para uma mulher (QUEIROZ, 2002).

Relativamente à “**idade**”, verificou-se que os 60 indivíduos da nossa amostra tinham idades compreendidas entre os 25 e os 68 anos, com uma média de 45,08 anos para os do género masculino e 42,00 para os do género feminino. Face a estes dados indagamos que estamos perante uma amostra predominantemente adulta, á semelhança do estudo realizado por HEALEY *et al* (2009) a 1000 indivíduos em que a média de idades era de 50,8. Esta média de idades encontra-se em consonância com a média de idade da população portuguesa. Segundo dados do Instituto Nacional de estatística (INE), nos Censos 2011, a idade média da população residente aumentou, na última década, cerca de 3 anos, tendo-se fixado nos 41,8 anos.

Quanto ao “**estado civil**”, a maioria dos indivíduos do sexo masculino (64,6%) e feminino (91,7%) são casados (70.0%), e têm como “**parceiro sexual actual**” o conjugue. Estes dados estão de acordo com dados do INE, que referem que cerca de 47% da população recenseada nos Censos 2011 é casada.

Em relação aos **“filhos”**, a maioria dos homens (77,1%) e das mulheres (83,3%) têm filhos. Estes dados estão de acordo com os dados do INE, que referem que em 2011 a estrutura familiar predominante continuava a ser a de “casal com filhos”. A mesma fonte revela que existe 50% de casais com filhos.

No que concerne à **“escolaridade”**, conclui-se que no que respeita ao sexo masculino 19 (39,6%) dos inquiridos não possui mais que o ensino preparatório, 14 (29,2%) concluíram o ensino secundário e 15 (31,3%) o ensino superior. Analisando a escolaridade a nível do sexo feminino pode observar-se que 6 (50,0%) das inquiridas possuem o ensino preparatório, 2 (16,7%) o ensino secundário, 3 (25,0%) o ensino superior e apenas 1 (8,3%) das inquiridas respondeu outro. Os dados obtidos estão em consonância com os dados do INE em que 49,60% da população com 15 ou mais anos completou pelo menos o Ensino Preparatório, 31,69% da população com 18 ou mais anos completou pelo menos o Ensino Secundário.

Em relação à **“situação perante o trabalho”**, a grande maioria dos inquiridos estava empregado(a), quer do sexo masculino (58,3%) quer do sexo feminino (81,8%). Estes dados estão de acordo com os dados do INE em relação á actividade económica, em 2011, 42% da população total encontrava-se na situação de empregada.

Relativamente à **“área de residência”**, 22 dos inquiridos dizem viver em área rural sendo 16 (33,3%) do sexo masculino e 6 (50,0%) do sexo feminino e 38 em área urbana sendo 32 (66,7%) homens e 6 (50,0%) mulheres. Estes dados revelam que a distribuição da população pelo meio rural e urbano é homogénea, o que é justificado pela distribuição dos núcleos da Associação Nacional de Espondilite Anquilosante estar situada em meios rurais e urbanos.

Já no que se refere à **“zona de residência”**, 6 (12,5%) dos homens vivem na zona Norte tal como 4 (33,3%) mulheres, pela zona centro distribuem-se 24 (50,0%) dos inquiridos do sexo masculino e 5 (41,7%) do sexo feminino, em Lisboa encontram-se 18 (37,5%) dos homens e 2 (16,7%) das mulheres e apenas 1 (8,3%) das inquiridas vive no Algarve. Os dados obtidos estão de acordo com dados do INE (2011) em que mais de 80% da população residente concentrava-se em 3 regiões do país: Norte (34,9%), Lisboa (26,7%) e Centro (22,0%).

No que concerne à questão **“com quem vive”**, a maioria dos inquiridos do sexo masculino (89,6%) afirmaram viver na companhia do conjugue e/ou filhos e/ou outros familiares, já no que respeita ás mulheres inquiridas, todas (100%) afirmaram viver na companhia do conjugue e/ou filhos e/ou outros familiares. Estes podem ser explicados pelo facto de a maioria da amostra ser casada e ter filhos.

Quanto ao “**tempo de diagnóstico da doença**”, verifica-se que a média é de 12,55 anos com um desvio padrão de 10,296 anos, o que é corroborado por estudos em que a média de duração da doença é de 17,3 (HEALEY *et al*, 2009) e que cerca de 80% dos indivíduos com E.A. desenvolvem os primeiros sintomas antes da idade dos 30 anos e menos de 5% depois dos 45 anos (BRAUN & SIEPER, 2007).

No que respeita à variável “**actualmente tem sintomas**”, 50 (83,3%) respondeu afirmativamente, o que pode ser justificado pelo facto de que embora, tenha havido progresso no tratamento da doença, o controlo da sintomatologia continua a ser um constante desafio, uma vez que implica a conjugação de vários componentes (ZOCHLING, J. *et al.*, 2006).

Quanto á “**sintomatologia actual**”, constata-se que os inquiridos tanto homens como mulheres, referem sobretudo comprometimento da coluna, comprometimento dos membros inferiores (anca, joelhos e calcanhar) e fadiga. Este resultado é corroborado pela literatura, que refere que os sintomas mais característicos são a dor crónica a nível da coluna lombar (KHAN, 2004), ocorrendo uma diminuição da amplitude de movimento da coluna vertebral, nomeadamente nos movimentos de flexão e de extensão (SIEPER, BRAUN, RUDWALEIT, BOONEN & ZINK, 2002). A literatura indica que pode existir um comprometimento a nível das ancas em 30% dos indivíduos com E.A, sendo também frequente existir uma tumefacção e dor a nível do calcanhar por tendinite aquiliana ou na inserção calcaneana da fáschia plantar (PRODIGY GUIDANCE, 2005, apud WALKER, 2006; KHAN, 2003).

Relativamente à variável “**faz medicação**”, a maioria dos inquiridos do sexo masculino (87,0%) e feminino (91,7%) afirma fazer medicação. Estes dados podem ser explicados pelo facto do tratamento da Espondilartrite Anquilosante ter como um dos pontos essenciais a medicação, de forma a preservar a mobilidade das articulações e evitar as deformações (QUEIROZ, 2003).

No que concerne à variável *tem* “**patologias associadas**”, nenhum dos inquiridos tem patologias associadas, o que é justificado pelo facto de um critério de exclusão é o facto de não ter patologias associadas.

Em relação aos “**hábitos tabágicos**”, a grande maioria dos inquiridos quer homens (69,6%) quer mulheres (91,75) afirma não fumar. Estes dados estão de acordo com um inquérito Euro barómetro divulgado em Bruxelas (2010) em que 23% dos portugueses fuma, e por conseguinte 77% dos portugueses não fuma.

Já no que respeita à variável “**bebe bebidas alcoólicas**” 37 dos inquiridos diz consumir sendo que 33 (68,8%) são do sexo masculino e 4 (33,3%) do sexo feminino.

Estes dados estão de acordo com um inquérito realizado em Portugal, em que 58% dos portugueses consomem bebidas alcoólicas, embora a quantidade de álcool consumida em Portugal esteja a diminuir (LOPES, Jeniffer, 2010).

Quanto ao “**exercício físico**”, a maioria dos inquiridos, tanto do sexo masculino (74,3%) como do sexo feminino (33,3%) praticam exercício físico. Estes dados estão de acordo com uma das recomendações da Direcção Geral de Saúde (2007) em relação á prática de exercício físico. Segundo esta, a evidência científica e a experiência disponível mostram que a prática regular de actividade física regular e o desporto beneficiam fisicamente, socialmente e mentalmente, toda a população, homens ou mulheres, de todas as idades, incluindo pessoas com incapacidades. Estudos realizados por DZIEDZIC K., (2000), demonstram que a prática de exercício físico na EA apresenta benefícios físicos, conjuntamente com benefícios psicológicos, resultantes do facto dos indivíduos compartilharem as suas próprias experiências entre si.

Na variável “**faz programa de reabilitação**”, apenas 19 dos inquiridos dizem fazer, onde se incluem 15 (44,1%) dos 48 homens e 4 (33,3%) das 12 mulheres. Os dados obtidos evidenciam que se deve investir na implementação de programas de reabilitação. Dado que o programa de exercícios no doente com EA é uma componente fundamental para o seu tratamento e visa de forma sequencial, primeiro a flexibilização vertebral máxima e só depois o esforço muscular e a correcção postural, sempre através de exercícios vertebro-respiratórios (QUEIROZ, 2002).

Quanto à incapacidade funcional “**BASFI**” (Tabela 7), verifica-se que a média é de 4,40. Analisando o nível de incapacidade dos homens e das mulheres separadamente, verificou-se que é muito idêntico, sendo que para os homens a média é de 4,40 e para as mulheres, um valor de incapacidade um pouco inferior, com uma média de 4,39. Estes resultados evidenciam que tanto homens como mulheres têm incapacidade funcional na realização de actividades de vida diária. De acordo com QUEIROZ (2002), a espondilartrite anquilosante pode levar a grande incapacidade funcional, sendo necessário a educação do doente acerca das actividades que deve evitar e a forma correcta como deve realizar as actividades de vida diária.

Em relação á actividade da doença “**BASDAI**”, constatou-se que 25 dos 48 Homens e 5 das 12 mulheres têm doença activa, dado que a doença é considerada activa quando o score do BASDAI for superior a 4. Estes dados são corroborados por um estudo realizado por HEALEY *et al* (2009) com 612 indivíduos do sexo masculino e feminino em que a maioria dos indivíduos apresentavam doença activa.

No que concerne ao **“grau de dor sentida na coluna”**, constata-se que existe homogeneidade entre as duas análises realizadas (dor durante a noite e dor durante o dia e a noite), podendo também afirmar-se que a grande concentração dos inquiridos se situa entre o grau de intensidade de dor 3 e 4. Os dados obtidos são corroborados pela literatura, em que a dor crónica é uma das queixas mais comuns dos indivíduos com espondilartrite anquilosante. Mais de 70% dos indivíduos com espondilartrite anquilosante referem dor diariamente. (O`SHEA *et al*, 2010).

Em relação á **“HADS- Escala de Ansiedade e Depressão”**, constatou-se que a maioria dos inquiridos não apresenta qualquer perturbação. Estes dados podem ser justificados pelo facto de todos os inquiridos estarem inscritos numa Associação de doentes, o que lhes poderá reduzir a ansiedade e os estados depressivos, uma vez que lhes proporciona apoio e partilha de experiências. Segundo a Associação Nacional da Espondilite Anquilosante (2013), os principais objectivos da Associação é a prestação de apoio médico, social e pedagógico e a promoção e prestação de cuidados de saúde aos doentes que sofrem desta patologia e de outras espondiloartropatias. A ANEA tem fomentado a prestação de cuidados de saúde aos portadores de espondilartrite anquilosante, com forte incidência nas localidades onde estão localizadas a Sede e os Núcleos Regionais, de forma a que as condições de vida dos portadores de espondilartrite anquilosante sejam cada vez melhores.

Em relação à **“Escala de Auto-estima Global”**, verifica-se que a média dos inquiridos é de 33,40, variando entre 25 e 46 (numa variação possível de 6 e 60).

Analisando ainda a auto-estima mas agora comparando homens e mulheres, podemos constatar que os valores são idênticos com a amostra total, sendo que para os homens a média é de 33,04 e para as mulheres 34,83 de média. A média da auto-estima dos inquiridos situa-se numa auto-estima média.

Segundo FARIA (2003) a auto-estima consiste numa avaliação global de si mesmo, que engloba a comparação entre a auto-imagem ideal e a real e a comparação entre as aspirações e os êxitos ou fracassos. Se estes não são concordantes, um indivíduo pode fazer uma avaliação negativa de si, levando a uma baixa auto-estima). No entanto, as pessoas que aceitam as suas realizações, erros ou insucessos têm, habitualmente, um adequado nível de auto estima. Um indivíduo com uma elevada auto-estima significa que o indivíduo se sente suficientemente bom, uma pessoa de valor, com respeito por si mesmo. No entanto, não implica sentir-se superior aos outros. Por outro lado, um indivíduo com baixa auto-estima está insatisfeito consigo mesmo, despreza-se e não se respeita (MRUK, 1998).

Segundo SONSTROEM (1997) uma auto-estima elevada encontra-se associada à estabilidade emocional e ajustes às exigências da vida; bem-estar, satisfação e recuperação do stress (DIENER & DIENER, 1995) e, comportamentos saudáveis (TORRES & FERNANDEZ, 1995). Por outro lado, uma auto-estima baixa está relacionada com doença mental e psicopatologias, como: depressão e ansiedade (WATSON, SULLS, & HAIG, 2002). Os dados obtidos poderão ser justificados pelo facto da maioria dos inquiridos no nosso estudo não apresentarem perturbações da ansiedade e depressão e pertencerem a uma Associação de doentes.

Relativamente ao “**Ajustamento Diádico**” referente à escala "EAD", podemos afirmar que as diferenças são mais acentuadas nos homens do que nas mulheres. Constatamos que 25 dos 48 homens, têm relacionamentos ajustados. Nas mulheres, verifica-se mais relacionamentos desajustados que ajustados. Podemos afirmar que há mais relacionamentos ajustados nos homens do que nas mulheres. Estes dados vão de encontro ao referido por Narciso (2001) que afirma que os homens apresentam valores de satisfação conjugal mais elevados do que as mulheres. Tal pode estar relacionado com o facto de os homens efectuarem avaliações mais globais da conjugalidade, e, portanto, menos analíticas e críticas, as quais são sobretudo centradas na avaliação que fazem sobre o que sentem pela mulher, ou seja, deixando-se inundar positivamente pelos afectos.

Em seguida, tendo em conta os objectivos definidos, será feita a sua discussão, tendo como base os resultados obtidos e a revisão literária.

Objectivo: Determinar se as variáveis sócio-demográficas (Idade, Estado civil) e clínicas (Tempo de diagnóstico, Dor, Incapacidade funcional (BASFI) e Actividade da doença (BASDAI)) influenciam a sexualidade do individuo com espondilartrite anquilosante.

Em relação á “**idade e o índice de função erétil**”, de acordo com os resultados, quanto mais velho for o homem, pior a sua função erétil, o seu desejo sexual, a sua satisfação orgásmica e também o índice internacional da função erétil. Estes resultados são corroborados pela literatura empírica, em que um dos aspectos que imediatamente sobressai é o aumento da problemática sexual masculina, nomeadamente a disfunção erétil, com o envelhecimento (SIMONS & CAREY, 2001).

Em relação á **“idade e o índice de funcionamento feminino”**, alguns estudos têm mostrado que a idade pode constituir um importante factor de risco para as disfunções sexuais (LUTFEY, LINK, ROSEN, WIEGEL, & MCKINLAY, 2009). Contudo, nos resultados que se obteve em relação á variável idade, não se encontrou relação estatisticamente significativa, o que são corroborados por um estudo realizado por LAUMANN *et al* (1999) em que a idade revelou não apenas não estar significativamente associada a problemas a nível do orgasmo feminino, como foi mesmo encontrada uma diminuição das dificuldades orgásticas com a idade. Num estudo realizado por Hawton e colaboradores (1994), foi demonstrado que a satisfação sexual, estava intimamente ligada ao ajustamento marital, mas não foi encontrada relação com a idade.

Em relação ao **“Estado Civil e o índice de função erétil”**, constatou-se que não existe qualquer diferença entre casados e solteiros. Estes resultados vão de encontro a um estudo conduzido por Barrientos e Páez (2006), no qual não encontraram uma associação significativa da satisfação sexual masculina com o estado civil.

Relativamente ao **“Tempo de diagnóstico e o funcionamento sexual”**, constatou-se que tanto nas mulheres como nos homens não se verifica nenhuma relação estatisticamente significativa.

Em relação á **“Dor durante o dia e durante a noite”** e o **“funcionamento sexual masculino”** não se verifica nenhuma relação estatisticamente significativa nos Homens, o que é corroborado por um estudo realizado por Monga e seus colaboradores (1998) em que não se verificou correlação significativa entre a dor, a sua intensidade, duração e frequência e a função sexual.

Em relação à **“Dor durante o dia e durante a noite”** e o **“funcionamento sexual feminino”**, encontra-se uma relação estatisticamente significativa negativa e moderada em relação á “Dor durante a noite”. Constata-se que quanto menor for a dor durante a noite, melhor será o orgasmo na mulher

Quanto ao índice **“BASFI”** (incapacidade funcional) e o **“funcionamento sexual masculino”**, os resultados revelaram que nos homens quanto maior é o índice “BASFI”, menor a sua “Função Orgásmica”, menor a sua “Satisfação Sexual/Coital”, a sua “Satisfação Geral”, menor a sua “Satisfação Orgásmica” e também menor o total da escala. Este resultado é corroborado por um estudo no Reino Unido, em que foram enviados questionários para avaliar o impacto da doença nas relações sexuais a 1000 pessoas, mas só 612 pessoas é que aceitaram participar no estudo. Verificou-se que a incapacidade funcional tem um elevado impacto na vida sexual das pessoas (HEALEY *et al*, 2009). Em relação ao índice **“BASDAI”** (actividade da doença) e o

“funcionamento sexual masculino”, constata-se que nos homens não existe relação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis.

Na amostra das mulheres, em relação aos índices **“BASDAI”** e **“BASFI”** e o **“funcionamento sexual feminino”**, não se verifica nenhuma relação estatisticamente significativa, resultados esses que são corroborados num estudo realizado com 68 indivíduos por DINCER e seus colaboradores (2006) em que ao contrário das suas expectativas, não foi encontrada uma correlação significativa entre o BASFI e o BASDAI e o funcionamento sexual.

Objectivo 2 - Determinar se as variáveis psicossociais (estado de ansiedade e depressão (HADS), a auto-estima global (AEG) e o ajustamento diádico (EAD)) influenciam a sexualidade do individuo com espondilartrite anquilosante.

Em relação á escala **“HADS”** e o **“funcionamento sexual masculino e feminino”**, constatou-se que na subescala HADS- Ansiedade não se verifica nenhuma relação estatisticamente significativa tanto nas mulheres como nos homens. A nível da literatura não existe um consenso em relação ao papel da ansiedade nas disfunções sexuais em ambos os sexos.

Segundo NOBRE (2006), a ansiedade parece ter uma função ambivalente, dado que pode facilitar a resposta sexual em indivíduos funcionais, mas por outro lado pode inibi-la em indivíduos disfuncionais.

Estes resultados vão de encontro com investigações que demonstraram que a condição de ansiedade, contrariamente ao que seria de esperar, não diminuiu os níveis de activação sexual das pessoas (NOBRE, 2006). KOUKOUNAS e MCCABE (2001) também encontraram relações fracas entre índices subjectivos de ansiedade e respostas de excitação sexual.

Em relação á subescala **“HADS-Depressão”** e o **“funcionamento sexual masculino”**, verifica-se que esta relaciona-se com as subescalas “Função Eréctil”, “Desejo Sexual”, “Satisfação sexual/Coital”, “Satisfação Orgásmica” e também com o total do Índice de Função Eréctil. No caso do **“Total da Escala de Ansiedade e Depressão”**, existem correlações estatisticamente significativas com as subescalas “satisfação sexual/Coital”, “Satisfação Orgásmica” e o total do Índice de Função Eréctil.

Os resultados obtidos revelam que quanto maior for a depressão num homem, menor será a sua função eréctil, o seu desejo sexual, a sua satisfação sexual e

orgásmica bem como o seu comportamento sexual. Estes resultados são corroborados pela literatura, em que a depressão pode aparecer na maior parte dos doentes com doença crónica e por conseguinte interferir na sexualidade. Estes doentes podem apresentar modificações no estado de humor, na ausência do controlo dos acontecimentos relativos à doença e das limitações no desenvolvimento de actividades que lhes são particularmente gratificantes. O indivíduo não se sentir atraente e desejado diminui a sua auto-estima, deprime e por conseguinte diminui o seu desempenho sexual (VICENTE, L., 2007; PLATANO, G., BITZER, J *et al.* 2007; FONSECA, L., SOARES, C., VAZ, J., 2003).

A nível do **“Total da Escala da HADS”** com o **“funcionamento sexual feminino”**, não existe nenhuma relação estatisticamente significativa, o que contraria os resultados de investigações prévias que demonstram consistentemente uma associação positiva com problemas sexuais, nomeadamente redução do interesse e da resposta sexual, quer nos homens, quer nas mulheres. De um modo geral, tem-se verificado que as taxas de comorbilidade com as disfunções sexuais nos indivíduos deprimidos são significativamente mais elevadas do que nos indivíduos não deprimidos (BASSON, 2004).

Em relação ao **“Total da Escala da Auto-Estima Global”** e o **“funcionamento sexual feminino e masculino”**, não se encontra nenhuma relação estatisticamente significativa, o que vem corroborar um estudo em que não foram encontradas associações significativas entre a auto-estima dos participantes e o seu comportamento sexual, desejo, excitação ou aversão sexual (BELANGER, PICHE, & TRUDEL, 2000).

Em relação ao **“Ajustamento Diádico”** e o **“funcionamento sexual masculino”**, pode-se deduzir face aos resultados obtidos, que nos homens quanto maior for o consenso, a satisfação e coesão no ajustamento diádico, maior será o desejo sexual e a satisfação geral do comportamento sexual masculino.

Em relação ao **“Ajustamento Diádico”** e o **“funcionamento sexual feminino”**, constatou-se que quanto maior for o consenso entre o casal, menor será o desconforto no funcionamento sexual feminino, quanto maior for a satisfação no ajustamento diádico, maior é a lubrificação e a satisfação do funcionamento sexual.

Pode inferir-se também que quanto maior for o ajustamento diádico, maior será o desejo, a excitação, a lubrificação, a satisfação e o funcionamento sexual feminino no geral e menor será o desconforto. Na literatura verifica-se que tendo em conta a qualidade da relação conjugal e respectivo papel que esta desempenha na resposta de desejo sexual, constata-se que esta se relaciona com a presença de diferentes padrões

de desejo sexual (desde pouca a muita variabilidade dos níveis de desejo sexual). Mais especificamente, constata-se que o afecto positivo de um cônjuge face ao seu parceiro se relaciona com maior desejo sexual no próprio, mas também no outro, sugerindo-se que a qualidade do afecto num indivíduo não só actua ao nível da sua resposta sexual, como também tenderá a influenciar a resposta do outro (RIDLEY, *et al.*, 2006).

Verifica-se que factores como sentimentos positivos, confiança, intimidade e comunicação, favorecem a resposta de desejo sexual em ambos os sexos, do mesmo modo que o desejo masculino aparenta ser mantido pela satisfação sexual, e o desejo feminino pela estabilidade conjugal (LACHTAR, LACHTAR & JARRAYA, 2006).

Porém de acordo com KLUSMANN (2002), o desejo sexual masculino não parece sofrer alterações devido à presença de conflito conjugal, o que já não se presenciará no caso das mulheres. Estas tendem, aliás, a procurar maior intimidade emocional à medida que avançam na duração da relação conjugal, ao contrário dos homens que parecem diminuir a procura da mesma. A inibição do desejo sexual pode ser assim vista como uma forma de expressar insatisfação com a própria relação (BREZSNYAK & WHISMAN, 2004) podendo, a ausência de desejo, assumir-se como um mecanismo de adaptação face à pouca qualidade da situação relacional (BANCROFT, 2002) o que se verifica, sobretudo, no género feminino mediante casos de insatisfação conjugal (SOARES, 2003).

Também neste contexto, e no que respeita aos níveis discrepantes de desejo sexual entre os elementos do casal, verifica-se que esta discordância actua na satisfação e ajustamento diádicos, na medida em que níveis divergentes de desejo influenciam negativamente a satisfação sexual do casal (DAVIES, KATZ & JACKSON, 1999).

Assim, e se mulheres cujo desejo sexual é inferior ao do cônjuge referem menor ajustamento diádico, o mesmo não acontece para aquelas que assumem ter níveis semelhantes de desejo relativamente aos companheiros. Posto isto, e apesar da frequência de actividade sexual decrescer mediante a longevidade conjugal (KLUSMANN, 2002), e respectivo envelhecimento dos indivíduos, os factores relacionais, mais do que a idade, aparentam ter uma maior influência na resposta sexual, inclusive se considerarmos este facto numa perspectiva trans-cultural (LAUMANN *et al.*, 2005).

CAPÍTULO 4 - CONCLUSÕES

A espondilartrite anquilosante é uma doença que atinge mais frequentemente jovens com idades compreendidas entre 15 e 30 anos.

Esta doença existe em todo o mundo, atingindo todas as etnias. A sua prevalência na população branca varia entre 0,05 e 1% no entanto, em alguns grupos étnicos, a doença pode atingir 4 % da população. Estimula-se que, em Portugal, existam entre 30.000 a 50.000 doentes com Espondilartrite Anquilosante.

Existem muito poucos estudos em Portugal em relação á problemática da sexualidade do indivíduo com Espondilartrite Anquilosante. Porém, a sexualidade ainda continua a ser um tema “tabu” tanto por parte do indivíduo como dos profissionais de saúde.

Com base nas conclusões que foram inferidas de uma amostra de indivíduos com espondilartrite anquilosante pertencente á Associação Nacional da Espondilite Anquilosante (ANEA), podemos definir o perfil da pessoa estudada da seguinte forma:

- Se quiséssemos traçar o **perfil sócio-demográfico** médio do indivíduo com espondilartrite anquilosante da nossa amostra, teríamos um indivíduo do sexo masculino (80.0%), com cerca de 45 anos, casado (70.0%) e tendo de escolaridade o ensino superior (30.0%) e estando empregado (62,7%) e a viver em área urbana (63,3%), na região Centro (33,3%)

- Quanto ao **perfil clínico** médio do indivíduo com espondilartrite anquilosante, teríamos um indivíduo com um tempo de diagnóstico da doença de 12,55 anos, tendo actualmente sintomas (85,0%), fazendo medicação (87,9%), não tendo patologias associadas (71,7%), não fuma (74,1%), bebe bebidas alcoólicas (61,7%), pratica exercício físico (63,8%), não faz programa de reabilitação (58,7%), com doença activa, com incapacidade funcional e com dor durante o dia e durante a noite, de intensidade 3 e 4.

- Quanto ao **perfil psicossocial** médio do indivíduo com espondilartrite anquilosante, teríamos um indivíduo sem perturbação da ansiedade nem com um estado depressivo, com auto-estima média e uma relação ajustada com o cônjuge.

Neste sentido, foi nosso desígnio, mediante uma perspectiva analítica, determinar se as variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil), clínicas (dor, incapacidade funcional, actividade da doença) e as psicossociais (o estado de ansiedade e depressão (HADS), a auto estima global (AEG) e o ajustamento diádico (EAD)) influenciam a sexualidade do indivíduo com espondilartrite anquilosante.

Tendo em conta a apresentação e análise de resultados pode-se inferir que

- A idade tem uma relação estatisticamente significativa negativa com a “Função eréctil”, o “Desejo Sexual”, a “Satisfação Orgásmica” e o Total do Índice de função Eréctil (quanto mais idade tem o homem, pior a sua função eréctil, o desejo sexual, a satisfação orgásmica e o total do índice de função eréctil);
- Não existe relação estatisticamente significativa entre o tempo de diagnóstico e o Índice de Função Eréctil;
- Não existe relação estatisticamente significativa entre a Dor durante o dia e a Dor durante o dia e a noite e o Índice de Função Eréctil;
- Existe relações estatisticamente significativas negativas entre o BASFI e as subescalas “Função Orgásmica”, “Satisfação Sexual/Coital”, “Satisfação Geral”, “Satisfação Orgásmica” e o Total do Índice de Função Eréctil (quanto maior o BASFI, menor a sua função orgásmica, satisfação sexual, satisfação geral, satisfação orgásmica e o total da sua função eréctil);
- Não existe relação estatisticamente significativa entre o BASDAI e o Índice de Função Eréctil;
- Não existe relação estatisticamente significativa entre a idade nas mulheres e o Índice de Funcionamento Sexual Feminino;
- Não existe relação estatisticamente significativa entre o tempo de diagnóstico nas mulheres e o Índice de Funcionamento Sexual Feminino;
- Não existe relação estatisticamente significativa entre a Dor dia e noite nas mulheres e o Índice de Funcionamento Sexual Feminino;
- Existe relação estatisticamente significativa negativa e moderada entre a Dor durante a noite nas mulheres e a subescala orgásmica do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (quanto menor a dor durante a noite, melhor será o orgasmo);

- Não existe relação estatisticamente significativa entre o “BASFI” (Incapacidade funcional) e o “BASDAI” (Actividade da doença) e o Índice de Funcionamento Sexual Feminino;
- Não existe relação estatisticamente significativa entre a subescala HADS-Ansiedade e o Índice de Função Erétil;
- Existe relações estatisticamente significativas entre a subescala HADS-Depressão e as subescalas “Função Erétil”, “Desejo sexual”, “Satisfação Sexual/Coital”, “Satisfação Orgásmica” e Total do Índice de Função Erétil (quanto maior for a depressão num homem, menor será a sua função erétil, o seu desejo sexual, a sua satisfação sexual e orgásmica e o seu comportamento sexual);
- Existe relações estatisticamente significativas entre o Total da Escala HADS e as subescalas “Satisfação Sexual/Coital”, “Satisfação Orgásmica” e Total do Índice de Função Erétil (quanto mais ansiosos e depressivos estiverem os homens, menor satisfação sexual, orgásmica e função erétil têm) ;
- Existe relação estatisticamente significativa entre a subescala auto estima global-attitudes positivas e as subescalas “Desejo sexual” e “Satisfação Orgásmica” do Índice de Função Erétil (quanto maior for a atitude positiva do homem face a si próprio, maior é o seu desejo sexual e a sua satisfação orgásmica);
- Existe relação estatisticamente significativa entre a subescala auto estima global- attitudes negativas e a subescala “Função Orgásmica” do Índice de Função Erétil (quanto mais atitudes negativas face a si próprio, menor a sua função orgásmica);
- Não existe relação estatisticamente significativa entre o Total da Escala de Auto-estima Global e o Índice de Função Erétil;
- Existe relação estatisticamente significativa positiva entre a subescala do ajustamento diádico-Consenso e a subescala “Desejo sexual” do Índice de Função Erétil (quanto maior o consenso entre o casal, maior é o desejo sexual do homem);
- A subescala do ajustamento diádico-Satisfação e a subescala ajustamento diádico -Coesão relacionam-se de forma estatisticamente significativa com a subescala “Satisfação Geral” do Índice de Função Erétil (quanto maior satisfação e coesão no relacionamento conjugal, maior é a satisfação geral do homem a nível sexual);

- Não existe relação estatisticamente significativa entre a subescala de ajustamento diádico- Expressão de Afecto e o Índice de Função Erétil;
- Existe relações estatisticamente significativas entre o Total de ajustamento diádico e as subescalas “Desejo Sexual” e Satisfação Sexual” do Índice de Função Erétil (quanto maior o ajustamento diádico com a parceira, maior é o desejo sexual e a satisfação sexual do homem com a relação sexual);
- Não existe relações estatisticamente significativas entre as subescalas e o total da escala de HADS e o Índice de Funcionamento Sexual Feminino;
- Não existe relações estatisticamente significativas entre as subescalas e o total da escala de Auto Estima Global e o Índice de Funcionamento Sexual Feminino;
- Existe relação estatisticamente significativa positiva entre a subescala de “ajustamento diádico Consenso” e a subescala “Desconforto” do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (quanto maior o consenso da mulher com o parceiro, menor será o desconforto no acto sexual);
- Existe relações estatisticamente significativas positivas entre a subescala de “ajustamento diádico Satisfação” e as subescalas “Lubrificação” e “Satisfação” do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (quanto maior for a satisfação no ajustamento diádico, maior a lubrificação e maior é a satisfação do funcionamento sexual feminino);
- Não existe relações estatisticamente significativas entre as subescalas de “ajustamento diádico Coesão” e “Expressão de afecto” e as subescalas “Lubrificação” e “Satisfação” do Índice de Funcionamento Sexual Feminino;
- Existe relações estatisticamente significativas entre a escala de ajustamento diádico, e as subescalas de “Desejo”, “Excitação” “Lubrificação”, “Satisfação” e “Desconforto” e o Total do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (quanto maior o ajustamento diádico, maior será o desejo sexual, a excitação, a lubrificação a satisfação, menor o desconforto e maior o índice de funcionamento sexual);

Dado que neste capítulo se procura enfatizar os resultados mais relevantes, diremos que, face aos resultados obtidos e atrás referenciados, pensamos ter dado resposta à questão de investigação formulada. Ficámos a saber que as variáveis Idade, a Incapacidade funcional (BASFI), a subescala HADS-Ansiedade, o total da escala da Ansiedade e Depressão, as subescalas da Auto-Estima Global, as sub-escalas do Ajustamento Diádico influenciam o índice de função erétil dos homens.

A Dor durante a Noite e as subescalas do Ajustamento Diádico na mulher influenciam o índice de funcionamento feminino.

Assim, com base nos resultados obtidos, pensamos que os objectivos principais foram atingidos com sucesso, uma vez que foi possível:

- Caracterizar a amostra em termos sócio-demográficos, clínicos e psicossociais;
- Analisar o comportamento sexual do individuo com espondilartrite anquilosante;
- Determinar se as variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil) e clínicas (Tempo de diagnóstico, Dor, Incapacidade funcional (BASFI) e Actividade da doença (BASDAI)) influenciam a sexualidade do individuo com espondilartrite anquilosante.
- Determinar se as variáveis psicossociais (estado de ansiedade e depressão (HADS), a auto-estima global (AEG) e o ajustamento diádico (EAD)) influenciam a sexualidade do individuo com espondilartrite anquilosante.
- Determinar se as variáveis psicossociais (estado de ansiedade e depressão (HADS), a auto-estima global (AEG) e o ajustamento diádico (EAD)) influenciam a sexualidade do individuo com espondilartrite anquilosante.

Desde o início da conceptualização do estudo, que uma das nossas preocupações foi desenvolver um trabalho metodológico rigoroso e científico. A metodologia usada, foi a que nos pareceu ser a mais benéfica para facilitar e tornar possível a realização deste estudo.

No entanto, durante a elaboração desta pesquisa confrontamo-nos com algumas dificuldades metodológicas, que passamos a enumerar:

- No contexto da fundamentação teórica, verificamos que o número de estudos publicados em Portugal sobre a sexualidade na espondilartrite anquilosante é muito reduzida. Contudo, os estudos sobre esta temática têm aumentado nos últimos anos, principalmente porque foram criadas associações de doentes reumáticos.
- Outra limitação foi a técnica de amostragem ser não probabilística, uma vez que neste tipo de amostragem a probabilidade de um elemento pertencer à amostra

não é igual à dos restantes elementos. O problema com este tipo de amostras é que estas podem, ou não, ser representativas da população em estudo.

- Pouca Colaboração no estudo – dos 200 questionários distribuídos apenas foram devolvidos 60.
- A entrega e recolha do instrumento de colheita de dados constituíram uma limitação do estudo, uma vez que houve necessidade de esperar que eles fossem devolvidos por correio pela ANEA.
- Efectuámos o tratamento estatístico utilizando o programa SPSS, não tendo sido necessário excluir questionários, encontravam-se todos correctos e completamente preenchidos, Apesar de algumas dificuldades, somos da opinião que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo. Atendendo às características da amostra, generalizar os resultados a toda a população em geral será um grande erro.

Outra limitação deste estudo deve-se ao facto de ser transversal e correlacional e não permitir retirar ilações sobre relações de causa efeito. Preocupou-se somente em identificar associações entre variáveis.

Constatou-se também uma elevada percentagem de indivíduos que não responderam ao questionário. A sexualidade é bastante susceptível à formação dos tabus e pré-conceitos, pelo fato da mesma lidar com partes do consciente dos indivíduos que pode-se dizer são fontes de instintos, de desejos considerados proibidos.

A sociedade contemporânea, embora seja fruto de um desenvolvimento do indivíduo em relação a aspectos culturais, científicos, económicos e outros, ainda, encara a sexualidade como sendo algo pertencente ao campo moral, o que contribui bastante, para a perpetuação dos tabus e pré-conceitos sexuais, visto que a moralidade é fundamentada em princípios criados pelo próprio homem. Contudo, a sexualidade não deve ser vista dessa forma. Ela é uma das manifestações mais vitais do ser humano, e por isso, não deveria “funcionar” dentro de um sistema de interdições, dando assim, margens para que os tabus e pré-conceitos possam influenciar de forma negativa na formação intelectual e social do indivíduo.

Em termos de sugestões, sugere-se a implementação de programas de reabilitação, uma vez que a maioria dos inquiridos da nossa amostra não faz programas de reabilitação. Também deve-se ter em conta que a sexualidade pode ser a parte mais importante da reabilitação pela sua relação com a auto-estima e imagem corporal em

conjunto com outros factores. Assim, o papel da sexualidade não pode ser subestimado no processo da reabilitação.

Pensamos ser útil também, continuar a elaborar investigação na temática da sexualidade do indivíduo com espondilartrite anquilosante, utilizando amostras maiores, de forma a não comprometer a validade externa, permitindo assim a extrapolação dos resultados à população de indivíduos com espondilartrite anquilosante em Portugal. Sugere-se que seja utilizado um grupo de controle de indivíduos saudáveis, de forma a poder tecer comparações entre os dois grupos.

Sugere-se que seja implementada na Consulta Externa de Reumatologia, escalas de avaliação do comportamento sexual do indivíduo com Espondilartrite Anquilosante em colaboração com profissionais de saúde da área da sexologia.

Sugere-se que sejam implementadas estratégias de intervenção que promovam a saúde e o bem-estar do indivíduo com espondilartrite anquilosante, dado que a gestão da doença e o seu impacto no comportamento sexual deve ser direccionada não apenas á sua influência a nível físico, mas também tendo em consideração o estado psicológico do indivíduo.

Como organizadora do Projecto de Sessões de Educação para a Saúde para os doentes reumáticos e seus familiares do Serviço de Reumatologia, que decorre no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, vou propor uma sessão de educação para a saúde sobre sexualidade e doenças reumáticas. Proponho também a criação de um folheto informativo sobre a sexualidade na doença reumática, como forma de desmitificar tabus.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ESPONDILITE ANQUILOSANTE – Missão. [Consultado em Abril 2013]. Disponível em http://www.anea.org.pt/crbst_16.html

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV. Washington DC: Edition- revision APA, 2000.

ARAUJO, Daniel de Brito; BORBA, Eduardo Ferreira; ABDO, Carmita; SOUZA, Lilian; GOLDENSTEIN-SCHAINBERG, Claudia; CHAHADE, William; SILVA, Clovis – Função sexual em Doenças reumáticas. Acta Reumatologia Portuguesa, 2010 p.16-23.

BARRIENTOS, J. & PÁEZ, D. – Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile. Journal of Sex & Marital Therapy, 2006. 32(5), p.351-368.

BASSON, R. – Recent advances in women's sexual function and dysfunction [review]. Menopause, 2004. Vol.11 (6 Part 2), p.714-25.

BRANCO, Jaime C. – Abordagem terapêutica em Reumatologia. Lisboa: Lidel. 2010. ISBN: 978-972-757-686-2.

BANCROFT, J. – The medicalization of female sexual dysfunction: the need for caution. Archives of Sexual Behavior, 2002. Vol.31, p.451-455.

BREZSNYAK, M.; WHISMAN, M. A. – Sexual desire an relationship functioning: the effects of marital satisfaction and power. Journal of Sex and Marital Therapy, 2004. Vol.30, p.199-217.

BECK, A.T.; Ward, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.E. & ERBAUGH, J.K. – An inventory for measuring depression. Archive General Psychiatry, 1961. 4, p.561-71.

BELANGER, J.; PICHE, L. & TRUDEL, G. – La détermination du degré de relation entre l'estime de soi et quatre éléments de l'expérience sexuelle. The Canadian Journal of Human Sexuality, 2000. Vol. 9(1), p.31-40.

BRAUN, J & SIEPER, J. – Ankylosing Spondylitis. Elsevier Science Inc: The Lancet. 2007. Vol.369, p.1379-1390.

CARVALHO, J., NOBRE, P. – Predictors of Women's Sexual Desire: The Role of Psychopathology, Cognitive-Emotional Determinants, Relationship Dimensions and Medical Factors. Journal of Sexual Medicine, 2010. 7, p.928-937.

CAKAR, Engin [et al] – Sexual problems in male ankylosing spondylitis patients: relationship with functionality, disease activity, quality of life, and emotional status. Clinical Rheumatology, 2007. Vol.26, Number 10.

CAPPELLERI, JC.[et al] – Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International Index of Erectile Function. Urology, 1999. 54 (2), p.346-51.

COZZA,K.; ARMSTRONG,S. -- Guia dos princípios das interações medicamentosas na prática clínica. 2ªedição. APP.Washington, DC, 2003.

DAVIES, S.; KATZ, J.; JACKSON, J.L. – Sexual desire discrepancies: effects on sexual and relationship satisfaction in heterosexual dating couples. Archives of Sexual Behaviour,1999. 28, p.553-567.

DICIONÁRIO CÂNDIDO DE FIGUEIREDO – Grande Dicionário da Língua Portuguesa. Aferição e actualização por Teresa Lino; Rute Costa. 25ª. Ed. Lisboa: Bertrand Editora, 1996.

DIENER, E., & DIENER, M. – Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. Journal of Personality and Social Psychology,1995. 68, p.653-663.

DZIEDZIC, K. – Espondilitis Anquilosante. Rehabilitación Reumatológica. Madrid: Editora Harcourt, 2000. p. 119-139.

DIEGAS, Maria Céu Teixeira; CARDOSO, Rui Mota – Escalas de Auto-Avaliação da Depressão (Beck e Zung), Estudos de Correlação. Coimbra: Psiquiatria Clínica, Vol.7, nº2 (Abril – Julho 1986), p. 141-145.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – A actividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar. 7-8-2007 [Consult. 15 Abril 2013]. Disponível em <http://www.dgs.pt>

DINCER, Umit [et al] – Assessment of sexual dysfunction in male patients with Ankylosing Spondylitis. *Rheumatology*. Imt, 2007. Apr; p.561-566.

DORON, Roland [et. al] – Dicionário de Psicologia. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 2001. p.778.

ELLIOTT, D. – Comparison of three instruments for measuring patient anxiety in a coronary care unit. *Intensive Critical Care Nursing*, 1993. 9, p. 195-200.

ELST, P.; SYBESMA, T.; VAN DER STADT Rj.; PRINS Apa.; HISSINK, Muller W.; DEN BUTTER A. – Sexual problems in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*, 1984.27, p.217-220.

FISHER, R.; CAWLEY, M. & HOLGATE, S. – Relation between chest expansion, pulmonary function, and exercise tolerance in patients with ankylosing spondylitis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 1990.Vol. 49, p.921-925.

FUGL-MEYER, AR,; SJÖGREN FUGL-MEYER, KS. – Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scand J Sexol*, 1999. 2:79-105.

FORTIN, M. F. – Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FONSECA, L.; SOARES, C., VAZ, J. – Sexologia, perspectiva multidisciplinar. Vol 1. Coimbra: Quarteto Editora, 2003.

GAGEIRO, J.& PESTANA, M. – Análise de Dados para Ciências Sociais: a complementariedade do SPSS. 5ªedição. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

GONÇALVES, R.C. – Desejo sexual hipoactivo. 1ªed. Mestrado Sexualidade Humana.2005.

HAWTON, K.; GATH, D. & DAY, A. – Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: Effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric,

gynaecological, and menopausal factors. *Archives of Sexual Behavior*, 1994. Vol. 23, p.375-395.

HANDA, VL.; CUNDIFF G.; CHANG, HH. – Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol*, 2008. Vol.111(5), p.1045-52.

HEALEY, Emma L. [et al] – Ankylosing spondylitis and its impact on sexual relationships. Oxford: *Rheumatology*. 2009. p.1378-81.

HERRMANN, C., & BUSS, U. – Vorstellung and Validierung einer deutschen Version der “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS-skala) (Description and validation of a German version of the Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS Scale). *Diagnostics*, 1994. 40, p.143-154.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA. [Consultado em 16 Abril 2013]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main

IRONS, K., JEFFRIES, C. – The Bath indices – Outcome Measures for use with Ankylosing Spondylitis Patients. NASS. 2004.

JOSÉ, Ricardo Antunes; MARTELO, Duarte; MARQUES, Elsa – Espondilartrite anquilosante. Lisboa: Arquivos de Reumatologia e Doenças osteo-articulares. ISSN 08723265. Vol.12, nº45 (Janeiro/Fevereiro/Março 2005), p.13-22

KAPLAN, H.S. – The sexual desire disorders: dysfunctional regulation of sexual motivation. New York: Brunner/Mazel. 1995.

KHAN, M. – Espondilartrite anquilosante – Os factos. Associação Nacional de Espondilartrite anquilosante. Alcabideche: Cadernos de espondilite. 2004.

KAMINETSKY, J. – Epidemiology and pathophysiology of male sexual dysfunction. *Int J Impot Res*, 2008. 20 Suppl 1: S3-10.

KOUKOUNAS, E.; MCCABE, M. P. – “Sexual and emotional variables influencing sexual response to erótica: A psychophysiological investigation“. *Archives of Sexual Behavior*, 2001. 30, p. 393-408.

KHAN, M. – Clinical features of ankylosing spondylitis. London: Rheumatology, Ankylosing spondylitis, Excerpta Medica Publications, Elsevier Ltd, 2003.

KAPLAN, H.S. – The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunction. New York: Brunner/Mazel, 1974.

KAPLAN, H.S. – The sexual desire disorders: dysfunctional regulation of sexual motivation. New York: Brunner/Mazel, 1995.

KLUSMANN, D. – Sexual motivation and the duration of partnership. Archives of Sexual Behaviour. 2002. 31, p.275-287.

LAUMAN, EO.; GAGNON J H; MICHACI R T [et al] – Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. 1999. JAMA 281(6), p.537–542.

LACHTAR, C., LACHTAR, F., JARRAYA, A. – Sexual desire in tunisian conjugal couple: particularities and maintenance factors. Annales Médico Psychologiques, 2006. 164, p. 402-409.

LAUMANN, EO.; NICOLOSI, A.; GLASSER, DB.; PAIK, A.; GINGELL, G.; MOREIRA, E.; WANG, T. – Sexual problems among women and men aged 40-80 Y: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviours. International Journal of Impotence Research, 2005. 17, p.39-57.

LOPES, Jeniffer – “Há mais portugueses a não consumir álcool, mas os que “bebem, bebem muito”. 2010. [Consultado em 15 Março 2013]. Disponível em <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/ha-mais-portugueses-a-nao-consumir-alcool-mas-os-que-bebem-bebem-muito-1468755>

LUTFEY KAREN, E.; CAROL, L. Link; RAYMOND C. Rosen; MARKUS, Weigel; JOHN B., McKinlay. – “Prevalence and Correlates of Sexual Activity and Function in Women: Results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey”. Archives of Sexual Behavior, 2009. 38(4), p. 514-27.

MCVEIGH, C. & CAIRNS, A.– Diagnosis and management of ankylosing spondylitis. BMJ Publishing group Ltd, 2006. Vol.333, p.581-585.

MCCARTHY, B. W. & BODNAR, L. E. – The equity model of sexuality: Navigating and negotiating the similarities and differences between men and women in sexual behaviour, roles and values. *Sexual and Relationship Therapy*, 2005. 20 (2), p. 225-235.

MEZTER, Cristiane [et al] – *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures: Lusodidacta. 2002. ISBN: 972-8383-32-0.

MRUK, C. – *Auto-estima: investigación, teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Circular Normativa nº9/DGCG de 14/6/2003. Direcção Geral da Saúde, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Circular Normativa nº12/DGCG de 02/07/2004: Programa Nacional Contra as Doenças reumáticas. Direcção Geral da Saúde, 2004.

MIRANDA, Tiago – 23% dos portugueses fumam. 2010. [consultado a 20 Dezembro 2012]. Disponível em <http://expresso.sapo.pt/23-dos-portugueses-fumam=f585306>

MOOREY, S.; Greer, S.; WATSON, M.; GORMAN, C.; ROWDEN, L.; TUNMORE, R.; ROBERTSON, B. [et al.] – The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *British Journal Psychiatry*, 1991. 158, p. 255-259.

MONGA, Trilok N.; TAN Gabriel; OSTERMANN, Henry; MONGA Uma; GRABOIS, Martim - Sexuality and sexual adjustment of patients with chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 1998. Vol. 20, Nº. 9 : p. 317-329.

NARCISO, I. – *Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas: À procura do padrão que liga*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, 2001.

NEWMAN, AM. – Arthritis and Sexuality. *Nursing Clinics of North America*, 2007. Dec, p.621-30.

NOBRE, Pedro – *Disfunções Sexuais*. Lisboa: Climepsi. 2006. ISBN:972-796-216-5

O'SHEA Fd.; RIARH R.; ANTON A.; INMAN RD. – Assessing back pain: does the Oswestry Disability Questionnaire accurately measure function in ankylosing spondylitis?. J Rheumatol, Jun 2010. 37(6):1211-3.

PACHECO, J. – O sexo por cá. Lisboa: Ed. Livros Horizonte, 2000.

PAIS-RIBEIRO, J.; SILVA, I.; FERREIRA, T.; MARTINS, A.; MENESES, R. & BALTAR, M. – Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. Psychology, Health and Medicine, 2007. 12(2), p.225-237.

PAIS RIBEIRO, José Luís; LEAL, Isabel – Avaliação em psicologia da saúde: instrumentos publicados em português. Coimbra: Quarteto, 2007. ISBN 989-558-087-8.

PAIS-RIBEIRO, J.; SILVA, I.; FERREIRA, T.; MARTINS, A.; MENESES, R. & BALTAR, M. – Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. Psychology, Health and Medicine, 2007. 12(2), p.225-237.

PECHORRO, PF. – Funcionamento sexual e ciclo-de-vida em mulheres portuguesas. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2006. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica.

PEREIRA DA SILVA, José António – Reumatologia Prática. Coimbra: Diagnósteo Lda, 2004. ISBN: 972-9039-26-7.

PEREIRA, Adelino; SILVA, Maria; FREITAS, Vânia – Estudo psicométrico do Índice de funcionamento Feminino. 2009 [Consultado a 15 de Março de 2013]. Disponível em www.psicologia.com.pt

PIMENTEL-SANTOS, F; PINTO L.; BARCELOS, A.; CUNHA, I.; BRANCO. J.; FERREIRA, PL. – Portuguese version of the bath indices for ankylosing spondylitis patients: a cross-cultural adaptation and validation. Clinical Rheumatology, 2011

PORTER, R.; KAPLAN, J.; HOMEIER, B. & BEERS, M. – Merck manual for Healthcare professionals. Whitehouse Station, N.J., 2006.

PURIFOY, F. E.; GRODSKY, A., & GIAMBRA, L. M. – The relationship of sexual daydreaming to sexual activity, sexual drive, and sexual attitudes for women across the life span. *Archives of Sexual Behavior*, 1992. 21, p.369-385.

PLATANO, G., BITZER, J. [et al.] – Sexual counseling for women in the context of physical diseases. *J. Sex Med*, 2007. 4:29-37.

PIRILDAR, Timur [et al] – Sexual Function in Ankylosing Spondylitis: A study of 65 Men. U.S.A.: *The Journal of Urology*, 2004. Vol.171, p.1598-1600.

ROSEN [et al] – The female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2000. Nº 26, p.191- 208.

ROSEN R.; Brown C.; HEIMAN J.; LEIBLUM, S.; MESTON, C.; SHABSIGH, R. [et al.] – The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*, 2000. 26(2), p.191-208.

SIMONS, J. S., & CAREY, M. P. (2001). – Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior*, 2001. 30, p.177-217.

SOARES, C.– Disfunções sexuais femininas. In L. Fonseca, C. Catarina, J.M. Vaz (Eds) – *A Sexologia: perspectiva multidisciplinar*. Coimbra: Quarteto Editora, 2003. p.51-70.

SONSTROEM, R.J. – The physical self-system: A mediator of exercise and self-esteem. In K.R. Fox (Ed) – *The Physical Self: From Motivation to Well-being* Champaign, IL: Human Kinetics, 1997.p.3-26.

SPANIER, G.– Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 1976. 38(1), p.15-28.

OSTENSEN, Monika – Função sexual comprometida em pacientes com doença reumática independente da actividade da doença, tratamento e função gonadal. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 2009. p.39-42.

QUEIROZ, Mário Viana – *Reumatologia 2: Clínica e Terapêutica das doenças reumáticas I*. Lisboa: Lidel, 2002. p. 279. ISBN: 972-757-164-6.

GONÇALVES, R.C.– Desejo sexual hipoactivo. 1ªed. Mestrado Sexualidade Humana, 2005.

QUEIROZ, Mário Viana – Doenças Reumáticas em 12 Lições. Lisboa: Lidel, 2006. p. 199. ISBN: 972-757-361-4.

ROBERTS, S.; BONNICI, D.; MACKINNON, A. & WORCESTER, M. – Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) among female cardiac patient. *British Journal of Health Psychology*,2001. 6,p. 373-380.

RIDLEY, C.A.; CATE, R. M.; COLLINS, D.M.; REESING, A.L.; LUCERO, A.A.; GILSON, M.S.; ALMEIDA, D. M. – The ebb and flow of marital lust: a relational approach. *Journal of Sex Research*, 2006. Vol.43, p.144-153.

ROCHA, Filipe G. – Manual da Espondilite (Anquilosante). Lisboa: Cadernos do Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 2002. Nº17, ISSN 972-9301-79-4.

ROMANO, Ana; NEGREIROS, Jorge; MARTINS, Teresa – Contributos para a Validação da Escala da Auto-estima de Rosenberg numa amostra de Adolescentes da Região Interior Norte do País. Lisboa: Psicologia, Saúde & Doenças, 2007. Vol.8, nº1 p. 109-116. ISSN 1645-0086.

SAMPAIO-BARROS, P. D. [et al] – Espondiloartropatias: Espondilartrite anquilosante e artrite psorática [em linha]. 2004. [Consult. Junho 2012]. Disponível em <http://www.Projecto directrises.Org. br/projecto directrizes/049.pdf> .

SANTOS, Rui André; COELHO, Paulo Clemente; GOMES, J. A. Melo – Espondilartrite anquilosante. Lisboa: Arquivos de Reumatologia e Doenças Osteoarticulares,1991 Vol.13, nº119. p. 1179-206. ISSN 0871-4304.

SERAFINO, E. P. – Health Psychology: Biopsychosocial interactions. NewYork: Wiley & Sons.John, 1990.

SPINHOVEN, P.; ORMEL, J.; SLOEKERS, P.; KEMPEN, G.; SPECKENS, A. E. & VAN HEMERT, A. M.– A validation study of the Hospital Anxiety and depression scale

(HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychology Medicine*, 1997. 27, p.363-370.

SMITH, A. B.; SELBY, P. J.; VELIKOVA, G. & STARK, D. – Factor analysis of the Hospital anxiety and depression Scale from the large cancer population. *Psychology and Psychotherapy*, 2002. Vol.75, p.165-177.

STRIK, J.; HONING, A.; LOUSBERG, R. & DENOLLET J.– Sensitivity and specificity of observer and self-report questionnaires in major and minor depression following myocardial infarction. *Psychosomatics*, 2001. Vol.42, p.423-429.

SOUSA, Dulcina M. S. Rodrigues – A pessoa com acidente vascular cerebral e a família no distrito de Viseu. Dissertação de mestrado. Coimbra: (s. N.), 1999. p. 184.

SHINJO, Gonçalves; GONÇALVES – Medidas de Avaliação Clínica em Pacientes com Espondil artrite anquilosante: Revisão da literatura. Brasil: *Revista Brasileira de Reumatologia*, 2006. Vol.46, nº5, p.340-346.

SILVA, José António Pereira – *Reumatologia Prática*. Coimbra: Diagnóstico, 2004. ISBN: 972-9039-26-7.

SIPSKI, Marcia; ALEXANDER, Craig J. – *Sexual Function in People With Disability and Chronic Illness: A health professional's guide*. New Jersey: Aspen Publication, 1997

SIEPER, J.; BRAUN, J.; RUDWALEIT, M.; BOONEN, A.; ZINK, A. – Ankylosing spondylitis: an overview. *Ann Rheum Dis*, 2002 November; 61(Suppl 3).

SER (SOCIEDAD ESPANOLA DE REUMATOLOGIA) – *Manual SER*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A., 2008. ISBN: 978-84-9835-105-7.

SOCIEDAD ESPANOLA D REUMATOLOGIA – *Manual de Enfermedades Óseas*. Madrid: Editoria Médica Panamericana, S.A. ISBN: 978-84-9835-230-6.

TORRES, R., & FERNANDEZ, F. – Self-esteem and the value of health as determinants of adolescent health behaviour. *Journal of Adolescent Health Care*, 1995. 16, p.60-63.

TRISTANO, António G. – The Impact of Rheumatic Diseases on Sexual Function. *Rheumatol.* 2009, p.853-860 [Consult. Março, 2012] Disponível em Pubmed indexed for Medline.

VAZ SERRA, Adriano – A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica.* Coimbra, vol.21, nº4 (Outubro/Dezembro, 2000), p.261-278.

VAZ SERRA, Adriano – A Depressão. *Pathos.* Lisboa: Farmapress Edições, Lda. Ano XII, nº5 (Maio 1996), p. 17-20.

VAZ SERRA, Adriano; MATOS, Ana Paula; GONÇALVES, Susana – Auto-Conceito e Sintomas Depressivos na População em Geral. Coimbra: *Psiquiatria Clínica.* Vol.7, n.º2 (Abril/Julho, 1986), p.97-101.

VAZ SERRA, A; PONCIANO, E; RELVAS, J. – Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra de população portuguesa-II – Sua avaliação como instrumento de medida. *Psiquiatria Clínica*, 1982. p.203-213.

VAN DER LINDEN, S. & VAN DER HEIJDE, D. – Classification of spondyloarthropathies, in: Hochberg, M., Silman, A, Smolen, J., Weiblat, M. e Weisman, M. – *Rheumatology, Ankylosing spondylitis.* London: Excerpta Medica Publications, Elsevier Ltd, 2003.

VIEIRA, R.X. – Disfunções sexuais – In *Manual de Psiquiatria Clínica* (Coordenação de Dias Cordeiro), 2ªed. Lisboa: Fundação K.Gulbenkian, 1996.

WATSON, D.; Suls, J., & Haig, J.– Global self-esteem in relation to structural models of personality and affectivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2002. Vol. 83, 185-197.

WARD, D.J [et al] – As espondiloartropatias. *Fisioterapia em Ortopedia Reumatologia.* São Paulo: Panamericana, 1987. p.237-251.

WALKER, J.– Ankylosing spondylitis. *Nursing Standard*, Vol. 20, Nº. 46, 48-52. [em linha]. 2006. [Consult. Março 2012]. Disponível em www.secure.nursing-standard.co.uk/nlvol20.htm

ZOCHING [et al] – Current evidence for the management of ankylosing spondylitis: a systematic literature review for the ASAS – Eular management recommendations in ankylosing spondylitis. *Ann rheumat Dis.*, 2006. p.423.

ZIGMOND, A. S. & SNAITH, R.P.– The Hospital and Anxiety and Depression Scale. *Acta Psiquiátrica Scandinavica*, 1983, 7, 361-370.

ZUNG, K.– A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 1965. Vol. 12, 63-70.

ANEXOS

ANEXO I- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade Científico Pedagógica: Enfermagem de Reabilitação

Professora orientadora: Helena Moreira

Mestranda: Andreia Gonçalves

Curso: Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

FACTORES DETERMINANTES DA SEXUALIDADE DO INDIVÍDUO COM ESPONDILARTRITE ANQUILOSANTE

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ESCLARECIMENTO PRÉVIO

Caro(a) Senhor(a):

Ao realizar este estudo pretende-se avaliar a sexualidade do indivíduo com espondilartrite anquilosante.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade. Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião.

As suas respostas serão apenas lidas pela pessoa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação. Neste contexto, não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

A sua participação é muito importante para este estudo, mas, se por qualquer razão, não quiser participar, tem todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a sua atenção.

Agradecemos com elevada estima, certos da sua inestimável colaboração.

Viseu, Fevereiro de 2012

Pela Equipa de Investigação

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Sexo: 1 Masculino 2 Feminino **2. Idade:** _____

3. Estado civil:

1 Solteiro (a) 2 Casado (a)
3 Viúvo (a) 4 Divorciado (a)
5 União de facto 6 Outro: _____

4. Parceiro sexual actual (indique o que melhor se aplique):

0. Nenhum 1. Namorada 2. Namorado 3. Mulher 4. Marido
 5. Múltiplos parceiros femininos 6. Múltiplos parceiros masculinos

5. Tem filhos? 1 sim 2 não

5.1 Se sim, quantos? _____

6. Escolaridade:

1 Sem escolaridade 2 Sabe ler e/ou escrever
3 1º ciclo de ensino básico (4ª classe) 4 2º ciclo do ensino básico (6º ano)
5 3º ciclo do ensino básico (9º ano) 6 Ensino secundário (12º ano)
7 Ensino superior 8 Outro. Qual? _____

7. Situação perante o trabalho:

1 Empregado (a) 2 Desempregado (a)
3 Reformado (a) 4 Doméstico (a)
5 Estudante 6 Atestado/Baixa
7 Outra. Qual? _____

7.1 Profissão: _____

8. Área de Residência: 1 Rural 2 Urbana

8.1 Zona de residência: Norte Centro Lisboa Alentejo Algarve Açores
 Madeira

9. Com quem vive (pode escolher várias opções):

1 Sozinho (a) 2 Conjugue 3 Filhos 4 Outros familiares Quais? _____

6 Outras situações. Especifique. _____

CARACTERIZAÇÃO DE CONTEXTO CLÍNICO

1. Há quanto tempo foi diagnosticada esta doença: _____

2. Está actualmente com sintomas? 1 sim 2 não

2.1 Se sim, qual a sintomatologia actual:

- 1 Comprometimento da coluna 2 Comprometimento da anca, joelhos, calcanhar
3 Fadiga 4 Outros

3. Faz medicação? 1 sim 2 não

3.1 Se sim, qual a medicação que faz (antihipertensores, antidepressivos, antidiabéticos, anti-
psicóticos)? _____

3.2 Indique a medicação que faz para a Espondilartrite Anquilosante (medicamentos biológicos, etc)?

3.3 Se faz medicamento biológico, há quanto tempo o faz? _____

4. Patologias associadas 1 sim 2 não

5.1 Se sim, indique com um X qual(is)?

- | | | |
|---|--|--|
| 1. Tumor <input type="checkbox"/> | 7. Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> | 12. Prostactomia <input type="checkbox"/> |
| 2. Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> | 8. Acidente vascular cerebral <input type="checkbox"/> | 13. problemas sanguíneos <input type="checkbox"/> |
| 3. Artrite Reumatóide <input type="checkbox"/> | 9. Disfunções renais <input type="checkbox"/> | 14. Problemas ginecológicos <input type="checkbox"/> |
| 4. Osteoartrose <input type="checkbox"/> | 10. Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> | 15. Doenças respiratórias <input type="checkbox"/> |
| 5. Ansiedade/Depressão <input type="checkbox"/> | 11. Doenças neurológicas <input type="checkbox"/> | 16. Outros: _____ |

6. Fuma? 1 sim 2 não

6.1 se sim, quantos cigarros/maços por dia? _____

6.2 Se sim, há quanto tempo fuma? _____

7. Bebe bebidas alcoólicas? 1 sim 2 não

7.1 Se sim, que bebidas bebe? _____

7.2 Indique com um x com que frequência bebe?

Todos os dias Todas as semanas Todos os meses Raramente Nunca

7.3 Que quantidade bebe por semana? _____

8. Pratica exercício físico? 1 sim 2 não

8.1 Se sim, qual o tipo? _____

8.2 Se sim, quantas vezes por semana pratica exercício físico?

1 Vez 2 Vezes 3 Vezes ou mais vezes

9. Faz regularmente um programa de reabilitação? sim não

9.1 Se sim, quantas vezes por ano? _____

10. Assinale, por favor, com uma cruz (X) na caixa qual o grau de dor que sentiu na coluna na última semana:

1. Indique o grau de dor na coluna que sentiu na última semana durante a noite

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sem Dor

Dor muito intensa

1. Indique o grau de dor na coluna que sentiu em qualquer momento (dia e noite) na última semana

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sem Dor

Dor muito intensa

**HADS – R P Snaith & A S Sigmund, 1983 Versão portuguesa: Pais Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A.,
Meneses, R. & Baltar, M (2007)**

Este questionário foi concebido para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentindo na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas.

<p>1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a</p> <p><input type="checkbox"/> Quase sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>8. Sinto-me mais lento/a como se fizesse as coisas mais devagar:</p> <p><input type="checkbox"/> Quase sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>
<p>2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:</p> <p><input type="checkbox"/> Tanto como antes</p> <p><input type="checkbox"/> Não tanto agora</p> <p><input type="checkbox"/> Só um pouco</p> <p><input type="checkbox"/> Quase nada</p>	<p>9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Quase sempre</p>
<p>3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e muito forte</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte</p> <p><input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me aflige</p> <p><input type="checkbox"/> De modo algum</p>	<p>10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico</p> <p><input type="checkbox"/> Completamente</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho o cuidado que devia</p> <p><input type="checkbox"/> Talvez cuide menos do que antes</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho o mesmo interesse de sempre</p>
<p>4. Sou capaz de rir e de ver o lado divertido das coisas:</p> <p><input type="checkbox"/> Tanto como antes</p> <p><input type="checkbox"/> Não tanto como antes</p> <p><input type="checkbox"/> Muitos menos agora</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado</p> <p><input type="checkbox"/> Muito</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Não muito</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p>
<p>5. Tenho a cabeça cheia de preocupações</p> <p><input type="checkbox"/> A maior parte do tempo</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Quase nunca</p>	<p>12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:</p> <p><input type="checkbox"/> Tanto como antes</p> <p><input type="checkbox"/> Não tanto como antes</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante menos agora</p> <p><input type="checkbox"/> Quase nunca</p>
<p>6. Sinto-me animado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> De vez em quando</p> <p><input type="checkbox"/> Quase sempre</p>	<p>13. De repente tenho sensações de pânico.</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Bastantes vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>
<p>7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Quase sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um bom programa de rádio ou televisão:</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> De vez em quando</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Quase nunca</p>

THE BATH ANKYLOSING SPONDYLITIS FUNCTIONAL INDEX (BASFI) Validada por Fernando Pimentel Santos, Pedro Lopes Ferreira e Jaime C Branco

Por favor, coloque um traço (|) sobre as linhas horizontais para indicar o seu nível de capacidade para cada uma das seguintes actividades durante a ÚLTIMA SEMANA:

1) Calçar as meias ou collants sem ajudas ou auxiliares (por exemplo, um dispositivo auxiliar para calçar meias)?

Fácil _____ Impossível

2) Dobrar-se para a frente pela cintura para apanhar uma caneta do chão sem auxílio.

Fácil _____ Impossível

3) Esticar-se para chegar a uma prateleira alta sem ajudas ou auxiliares (por exemplo, dispositivo para apreensão de objectos com cabo extensível)?

Fácil _____ Impossível

4) Levantar-se de uma cadeira sem braços sem usar as mãos ou qualquer outra ajuda.

Fácil _____ Impossível

5) Partindo da posição de deitado de costas no chão, pôr-se de pé sem ajuda.

Fácil _____ Impossível

6) Manter-se de pé sem auxílio, durante 10 minutos, sem desconforto?

Fácil _____ Impossível

7) Subir de doze a quinze degraus sem usar o corrimão ou sem ajuda? Um pé em cada degrau.

Fácil _____ Impossível

8) Olhar por cima do ombro sem olhar para trás.

Fácil _____ Impossível

9) Fazer actividades que requerem esforço físico (por exemplo, exercícios de fisioterapia, jardinagem, ou desportos)?

Fácil _____ Impossível

10) Realizar todas as actividades diárias, em casa ou no trabalho

Fácil _____ Impossível

BATH ANKYLOSING SPONDYLITIS DISEASE ACTIVITY INDEX (BASDAI) (Garrett, 1994)

O questionário seguinte refere-se á avaliação da actividade da doença.

Por favor, coloque uma marca (|) sobre cada uma das linhas horizontais nas seis questões seis questões que se seguem, referentes à sua doença durante a ÚLTIMA SEMANA:

- 1) Como descreveria a fadiga e cansaço que sentiu?

Ausente _____ **Muito intenso**

- 2) Como descreveria a dor no pescoço, costas ou ancas devidas à sua doença?

Ausente _____ **Muito intenso**

- 3) Como descreveria a dor-inchaço nas articulações que não sejam o pescoço, costas ou ancas?

Ausente _____ **Muito intenso**

- 4) Como descreveria o incómodo que sentiu nas zonas dolorosas ao tacto ou à pressão?

Ausente _____ **Muito intenso**

- 5) Como descreveria a intensidade/ grau de rigidez matinal que tem tido ao acordar?

Ausente _____ **Muito intenso**

- 6) Qual a duração da rigidez matinal após acordar?



0 horas **1/2 hora** **1 hora** **1 1/2 horas** **2 horas ou mais**

Escala de Auto-estima Global (ROSENBERG, M.; ADAPTAÇÃO PORTUGUESA: FARIA, L. & SILVA, S., 1999)

Segue-se uma lista de afirmações respeitantes ao modo como se sente relativamente a si próprio(a). Leia atentamente cada uma das afirmações e indique, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

A	B	C	D	E	F
Concordo totalmente	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	Discordo	Discordo totalmente

1	Globalmente estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	A	B	C	D	E	F
2	Por vezes penso que nada valho.	A	B	C	D	E	F
3	Sinto que tenho um bom número de qualidades	A	B	C	D	E	F
4	Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas.	A	B	C	D	E	F
5	Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	A	B	C	D	E	F
6	Por vezes sinto-me de facto um(a) inútil.	A	B	C	D	E	F
7	Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.	A	B	C	D	E	F
8	Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	A	B	C	D	E	F
9	Em termos gerais, inclino-me a achar que sou um(a) falhado(a).	A	B	C	D	E	F
10	Adopto uma atitude positiva perante mim próprio(a).	A	B	C	D	E	F

Escala de Ajustamento Diádico (DAS, SPANIER, 1976) (TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PEDRO NOBRE, 2003)

A maioria das pessoas têm discordâncias nas suas relações. Caso tenha um parceiro, por favor, indique com uma cruz a extensão aproximada da concordância ou discordância entre si e o seu parceiro para cada um dos itens na lista.

	Concordo sempre	Concordo quase sempre	Discordo ocasionalmente	Discordo frequentemente	Discordo quase sempre	Discordo sempre
1. Tratamento das finanças pessoais						
2. Questões de recreação/lazer						
3. Questões de religião						
4. Demonstrações de afecto						
5. Amigos						
6. Relações sexuais						
7. Convencionalidade (comportamentos próprios ou correctos)						
8. Filosofia de vida						
9. Formas de lidar com os pais ou sogros						
10. Aspirações, objectivos, e assuntos considerados importantes						
11. Tempo passado em conjunto						
12. Tomada de decisões						
13. Tarefas domiciliarias (de casa)						
14. Tempo livre, interesses, actividades						
15. Decisões de carreira						

	Sempre	A maior parte do tempo	Mais vezes sim do que não	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
16. Com que frequência discutem ou consideram o divórcio, separação ou o fim de relação?						
17. Com que frequência algum dos parceiros deixa a casa após uma discussão						
18. Em geral, com que frequência pensa que as coisas entre si e o seu parceiro estão a ir bem?						
19. Confia no seu parceiro?						
20. Alguma vez se arrependeu de ter casado ou de viver em conjunto?						
21. Com que frequência discutem?						
22. Com que frequência “dão cabo da paciência um ao outro”?						
	Todos os dias	Quase todos os dias	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	
23. Beija o seu parceiro?						
	Todos	A maior parte	Alguns	Muito poucos	Nenhum	
24. Envolvem-se em interesses comuns fora de casa						

Com que frequência diria que as seguintes situações ocorrem entre si e o seu parceiro?						
	Nunca	Menos de uma vez por mês	Uma ou duas vezes por mês	Uma ou duas vezes semana	Uma vez por dia	Mais de uma vez por dia
25. Ter uma estimulante troca de ideias						
26. Rir em conjunto						
27. Discutir calmamente um assunto						
28. Trabalhar em conjunto num projecto						

- Sim Não
29. Estar demasiado cansado para ter relações sexuais 0 1
30. Não demonstrar amor. 0 1
31. Os pontos na linha em baixo representam graus diferentes de felicidade na vossa relação. O ponto "feliz" representa o grau de felicidade da maioria das relações. Por favor, faça um círculo sobre o ponto que melhor descreve o grau de felicidade, considerando todos os componentes da vossa relação.

0 1 2 3 4 5 6

extremamente Razoavelmente Ligeiramente Feliz Muito Feliz Extremamente feliz Perfeito

infeliz infeliz feliz

32. Qual das seguintes afirmações descreve melhor como se sente em relação ao futuro da sua relação.

5. quero desesperadamente que a minha relação tenha sucesso e faria tudo para que isso acontecesse.
4. quero muito que a minha relação tenha sucesso e farei tudo para que isso possa acontecer.
3. quero muito que a minha relação tenha sucesso e farei a minha parte para que isso aconteça.
2. seria bom que a minha relação tivesse sucesso e eu não posso fazer muito mais do que faço actualmente para que isso aconteça.
1. seria bom que a minha relação tivesse sucesso mas eu recuso-me a fazer mais do que faço actualmente para que isso aconteça.
0. A minha relação nunca pode ter sucesso e não há mais nada que possa fazer para a manter.

Índice de Funcionamento Sexual Feminino

FSFI

(Rosen et al, 2000; tradução e adaptação de Pedro Nobre, 2000)

INSTRUÇÕES: Estas questões perguntam sobre os seus sentimentos e respostas sexuais durante as últimas 4 semanas. Por favor responda às seguintes questões. As suas respostas serão mantidas completamente confidenciais.

Ao responder a estas questões as seguintes definições aplicam-se:

Actividade sexual pode incluir carícias, preliminares, masturbação e relação sexual.

Relação sexual é definida como a penetração (entrada) do pénis na vagina.

Estimulação sexual inclui situações como preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação), ou fantasia sexual.

Desejo ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentir-se receptiva à iniciativa sexual de um parceiro, e pensar ou fantasiar acerca de ter sexo.

Excitação sexual é um sentimento que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sentimentos de calor ou comichão nos genitais, lubrificação (“ficar molhada”), ou contracções musculares.

ASSINALE APENAS UM QUADRADO POR QUESTÃO

<p>1. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca</p>	<p>2. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito elevado <input type="checkbox"/> Elevado <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Muito baixo ou nenhum</p>
<p>3. Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante a actividade sexual ou a relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não tive actividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca</p>	<p>4. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível de excitação sexual durante a actividade sexual ou a relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não tive actividade sexual <input type="checkbox"/> Muito elevado <input type="checkbox"/> Elevado <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Muito baixo ou nenhum</p>
<p>5. Nas últimas 4 semanas, qual a sua confiança em conseguir ficar sexualmente excitada durante a actividade sexual ou a relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não tive actividade sexual <input type="checkbox"/> Confiança muito elevada <input type="checkbox"/> Confiança elevada <input type="checkbox"/> Confiança moderada <input type="checkbox"/> Confiança baixa <input type="checkbox"/> Confiança muito baixa ou nenhuma</p>	<p>6. Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante a actividade sexual ou a relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não tive actividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre <input type="checkbox"/> A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca</p>

<p>7. Nas últimas 4 semanas, com que frequência ficou lubrificada (“molhada”) durante a actividade sexual ou a relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não tive actividade sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre</p> <p><input type="checkbox"/> A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca</p>	<p>8. Nas últimas 4 semanas, qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (“molhada”) durante a actividade sexual ou a relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não tive actividade sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível</p> <p><input type="checkbox"/> Muito difícil</p> <p><input type="checkbox"/> Difícil</p> <p><input type="checkbox"/> Ligeiramente difícil</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade</p>
<p>9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência manteve a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da actividade sexual ou a relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não tive actividade sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre</p> <p><input type="checkbox"/> A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca</p>	<p>10. Nas últimas 4 semanas, qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da actividade sexual ou a relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não tive actividade sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível</p> <p><input type="checkbox"/> Muito difícil</p> <p><input type="checkbox"/> Difícil</p> <p><input type="checkbox"/> Ligeiramente difícil</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade</p>
<p>11. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou a relação sexual, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não tive actividade sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre</p> <p><input type="checkbox"/> A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca</p>	<p>12. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou a relação sexual, qual a dificuldade que teve em atingir o orgasmo (clímax)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não tive actividade sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível</p> <p><input type="checkbox"/> Muito difícil</p> <p><input type="checkbox"/> Difícil</p> <p><input type="checkbox"/> Ligeiramente difícil</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade</p>
<p>13. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a actividade sexual ou a relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não tive actividade sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Muito satisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> Igualmente satisfeita e insatisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> Muito insatisfeita</p>	<p>14. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a actividade sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não tive actividade sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Muito satisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> Igualmente satisfeita e insatisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> Muito insatisfeita</p>
<p>15. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito satisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> Igualmente satisfeita e insatisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> Muito insatisfeita</p>	<p>16. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito satisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> Igualmente satisfeita e insatisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> Muito insatisfeita</p>
<p>17. Nas últimas 4 semanas, com que frequência</p>	<p>18. Nas últimas 4 semanas, com que frequência</p>

<p>sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Não tentei ter relações sexuais<input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre<input type="checkbox"/> A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)<input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade das vezes)<input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos de metade das vezes)<input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca	<p>sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Não tentei ter relações sexuais<input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre<input type="checkbox"/> A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)<input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade das vezes)<input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos de metade das vezes)<input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca
<p>19. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Não tentei ter relações sexuais<input type="checkbox"/> Muito elevado<input type="checkbox"/> Elevado<input type="checkbox"/> Moderado<input type="checkbox"/> Baixo<input type="checkbox"/> Muito baixo ou nenhum	

Índice Internacional de Função Erétil

(IIEF; Rosen e col.,1997; tradução e adaptação de P. Nobre 2001)

Coloque uma cruz na resposta que mais se adequa à sua situação tendo em conta as últimas quatro semanas.

<p>1. Com que frequência foi capaz de conseguir uma erecção durante a sua actividade sexual?</p> <p><input type="checkbox"/>0-Não tive actividade sexual <input type="checkbox"/>1-Quase nunca/nunca <input type="checkbox"/>2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/>3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/>4-A maioria das vezes (muito mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/>5-Quase sempre/sempre</p>	<p>2. Quando teve erecções com estimulação sexual, qual a frequência em que estas erecções foram suficientemente rígidas para permitir a penetração?</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não tive relações sexuais <input type="checkbox"/> 1-Quase nunca/nunca <input type="checkbox"/> 2- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/>3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/>4-A maioria das vezes (muito mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/>5-Quase sempre/sempre</p>
<p>3. Quando tentou ter relações sexuais, quantas vezes foi capaz de penetrar a sua companheira?</p> <p><input type="checkbox"/>0-Não tentei ter relações sexuais <input type="checkbox"/>1-Quase nunca/nunca <input type="checkbox"/>2- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/>3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/>4-A maioria das vezes (muito mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/>5-Quase sempre/sempre</p>	<p>4. Durante as relações sexuais, quantas vezes foi capaz de manter a sua erecção, depois de ter penetrado a sua companheira?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Não tive relações sexuais <input type="checkbox"/> 1-Quase nunca/nunca <input type="checkbox"/> 2- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 4-A maioria das vezes (muito mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 5-Quase sempre/sempre</p>
<p>5. Durante as relações sexuais, qual a dificuldade que teve para manter a sua erecção até ao fim da relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Não tive actividade sexual <input type="checkbox"/>1-Extrema dificuldade <input type="checkbox"/> 2-Muita dificuldade <input type="checkbox"/>3-Dificuldade moderada <input type="checkbox"/> 4-Ligeira dificuldade <input type="checkbox"/> 5-Nenhuma dificuldade</p>	<p>6. Quantas vezes tentou ter relações sexuais?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Não tentei <input type="checkbox"/> 1-Uma a duas tentativas <input type="checkbox"/> 2-Três a quatro tentativas <input type="checkbox"/> 3-Cinco a seis tentativas <input type="checkbox"/>4-Sete a dez tentativas <input type="checkbox"/> 5- Onze ou mais tentativas</p>
<p>7. Quando tentou ter relações sexuais, qual a frequência com que se sentiu satisfeito?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Não tentei ter relações sexuais <input type="checkbox"/> 1-Quase nunca/nunca <input type="checkbox"/> 2- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 4-A maioria das vezes (muito mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 5-Quase sempre/sempre</p>	<p>8. Qual o grau de satisfação que teve com as suas relações sexuais?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Não tive relações sexuais <input type="checkbox"/> 1-Nenhuma satisfação <input type="checkbox"/> 2- Pouca satisfação <input type="checkbox"/> 3- Satisfação moderada <input type="checkbox"/> 4-Grande satisfação <input type="checkbox"/> 5-Muito grande satisfação</p>

<p>9. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência ejaculou?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Não tive estimulação/relações sexuais</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Quase nunca/nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> 4-A maioria das vezes (muito mais de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> 5-Quase sempre/sempre</p>	<p>10. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência teve a sensação de orgasmo ou clímax?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Não tive estimulação/relações sexuais</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Quase nunca/nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> 4-A maioria das vezes (muito mais de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> 5-Quase sempre/sempre</p>
<p>11. Com que frequência sentiu desejo sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Quase nunca/nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 3-Algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 4-A maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 5-Quase sempre/sempre</p>	<p>12. Como classifica o seu desejo sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Muito baixo/nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Baixo</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Moderado</p> <p><input type="checkbox"/> 4-Elevado</p> <p><input type="checkbox"/> 5- Muito elevado</p>
<p>13. Qual a sua satisfação com a sua vida sexual em geral?</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Grande insatisfação</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Insatisfação moderada</p> <p><input type="checkbox"/> 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito</p> <p><input type="checkbox"/> 4-Satisfação moderada</p> <p><input type="checkbox"/> 5-Grande satisfação</p>	<p>14. Qual a sua satisfação com o relacionamento sexual com a sua parceira?</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Grande insatisfação</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Insatisfação moderada</p> <p><input type="checkbox"/> 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito</p> <p><input type="checkbox"/> 4-Satisfação moderada</p> <p><input type="checkbox"/> 5-Grande satisfação</p>
<p>15. Qual a confiança que tem em conseguir atingir e manter uma erecção?</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Muito baixa</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Baixa</p> <p><input type="checkbox"/> 3-Moderada</p> <p><input type="checkbox"/> 4-Elevada</p> <p><input type="checkbox"/> 5-Muito elevada</p>	<p>16. Quando teve erecções com estimulação sexual qual o grau de dificuldade que teve para atingir o orgasmo?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Não tive relações sexuais</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Extrema dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Muita dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3-Dificuldade moderada</p> <p><input type="checkbox"/> 4-Ligeira dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 5-Nenhuma dificuldade</p>
<p>17. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo durante a actividade sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Não tive relações sexuais</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Nenhuma satisfação</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Pouca satisfação</p> <p><input type="checkbox"/> 3-Satisfação moderada</p> <p><input type="checkbox"/> 4-Grande satisfação</p> <p><input type="checkbox"/> 5-Muito grande satisfação</p>	<p>18. Durante as relações sexuais, com que frequência ejaculou sem o desejar, antes ou logo após a penetração?</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não tive relações sexuais</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Quase nunca/nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> 4-A maioria das vezes (muito mais de metade das vezes)</p> <p><input type="checkbox"/> 5-Quase sempre/sempre</p>
<p>19. Durante as relações sexuais qual a dificuldade que teve para controlar a sua ejaculação?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Não tive relações sexuais</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Extrema dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Muita dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3-Dificuldade moderada</p> <p><input type="checkbox"/> 4-Ligeira dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 5-Nenhuma dificuldade</p>	<p>20. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para controlar a ejaculação durante a actividade sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Não tive relações sexuais</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Nenhuma satisfação</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Pouca satisfação</p> <p><input type="checkbox"/> 3-Satisfação moderada</p> <p><input type="checkbox"/> 4-Grande satisfação</p> <p><input type="checkbox"/> 5-Muito grande satisfação</p>

ANEXO II - INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLHEITA DE DADOS E ESTUDO DE FIDELIDADE

Estudo de fidelidade

Relativamente às características psicométricas das escalas utilizadas, foi determinada a sua fidelidade mediante o cálculo do *Alpha de Cronbach*, a técnica mais correntemente utilizada quando se empregam escalas de *Likert*, até porque este coeficiente deve ser determinado de cada vez que uma escala é usada (Fortin, 1999).

De acordo com a análise do Quadro 1 verifica-se que tanto a escala como as subescalas apresentam um coeficiente alpha de Cronbach bom, sendo que o total da escala apresenta o valor mais elevado ($\alpha=0,942$), seguindo-se a subescala “*Função erétil*” ($\alpha=0,941$) e a subescala “*Satisfação geral*” ($\alpha=0,931$). Com pontuação menos elevada, tem-se a subescala “*Satisfação orgásmica*” ($\alpha=0,686$), sendo a subescala “*Satisfação sexual/coital*” ($\alpha=0,623$) a menos pontuada, todas as restantes apresentam valores acima dos 0,767.

Quadro 1 – Coeficientes de correlação dos itens com o total de cada subescala da “IIEF” e se apagados os itens e respetivos coeficientes de consistência interna de Cronbach

Subescalas	Itens	Correlação Item-Total corrigido	Alpha de Cronbach se item apagado
Função Erétil	1	0,863	0,927
	2	0,927	0,916
	3	0,913	0,918
	4	0,812	0,931
	5	0,896	0,921
	15	0,558	0,960
$\alpha =0,941$ (6 itens)			
Função Orgásmica	9	0,875	
	10	0,875	
$\alpha =0,931$ (2 itens)			
Desejo Sexual	11	0,638	
	12	0,638	
$\alpha =0,767$ (2 itens)			
Satisfação Sexual/Coital	6	0,301	0,876
	7	0,555	0,431
	8	0,589	0,359
$\alpha =0,623$ (3 itens)			

Satisfação Geral	13	0,849	
	14	0,849	
	$\alpha = 0,918$ (2 itens)		
Função Ejaculatória	18	0,618	0,879
	19	0,743	0,746
	20	0,784	0,722
	$\alpha = 0,843$ (3 itens)		
Satisfação Orgásmica	16	0,523	
	17	0,523	
	$\alpha = 0,686$ (2 itens)		
TOTAL DA ESCALA	$\alpha = 0,942$		

Analisando o Quadro 2, onde se obteve um bom coeficiente alpha de Cronbach ($\alpha = 0,962$) para o total da escala FSFI, seguido da subescala “*satisfação*” ($\alpha = 0,913$) e da subescala “*excitação*” ($\alpha = 0,906$), as subescalas “*Desejo*”, “*desconforto/dor*” e “*lubrificação*” apresentam alphas de Cronbach com valores superiores a 0,853. Já no que respeita a subescala “*Orgasmo*” obteve-se inicialmente um $\alpha = 0,476$ procedendo-se à eliminação do item 11 subindo assim o alpha de Cronbach da subescala para $\alpha = 0,770$, tal alteração fez com que o alpha de Cronbach total da escala passasse para $\alpha = 0,963$

Quadro 2 – Coeficientes de correlação dos itens com o total de cada subescala da “FSFI” e se apagados os itens e respetivos coeficientes de consistência interna de Cronbach

Subescalas	Itens	Correlação Item-Total corrigido	Alpha de Cronbach se item apagado
Desejo	1	0,771	
	2	0,771	
	$\alpha = 0,853$ (2 itens)		
Excitação	3	0,828	0,864
	4	0,855	0,862
	5	0,737	0,904
	6	0,827	0,879
	$\alpha = 0,906$ (4 itens)		
Lubrificação	7	0,726	0,828
	8	0,867	0,765
	9	0,449	0,920
	10	0,867	0,765
	$\alpha = 0,864$ (4 itens)		
Orgasmo	11	0,113	0,770
	12	0,327	0,321
	13	0,624	0,054
	$\alpha = 0,476$ (3 itens)		

Satisfação	14	0,704	0,971
	15	0,928	0,784
	16	0,860	0,849
	$\alpha = 0,913$ (3 itens)		
Desconforto/Dor	17	0,793	0,731
	18	0,913	0,774
	19	0,673	0,899
	$\alpha = 0,854$ (3 itens)		
TOTAL DA ESCALA		$\alpha = 0,962$	

Observando o Quadro 3, referente à HADS, verifica-se a obtenção de um alpha de Cronbach total de 0,861 e as subescalas “*Ansiiedade*” e “*Depressão*” de $\alpha = 0,798$ e $\alpha = 0,781$ respectivamente, o que indica uma boa consistência interna.

Quadro 3 – Coeficientes de correlação dos itens com o total de cada subescala da “HADS” e se apagados os itens e respectivos coeficientes de consistência interna de Cronbach

Subescalas	Itens	Correlação Item-Total corrigido	Alpha de Cronbach se item apagado
Ansiiedade	1	0,426	0,790
	3	0,586	0,760
	5	0,637	0,749
	7	0,532	0,771
	9	0,409	0,791
	11	0,567	0,764
	13	0,574	0,769
	$\alpha = 0,798$ (7 itens)		
Depressão	2	0,510	0,753
	4	0,605	0,737
	6	0,561	0,745
	8	0,485	0,759
	10	0,592	0,736
	12	0,502	0,757
	14	0,345	0,785
	$\alpha = 0,781$ (7 itens)		
TOTAL DA ESCALA		$\alpha = 0,861$	

No quadro 4 pode verificar-se uma boa consistência interna da AEG, pois o valor do alpha de Cronbach total da escala foi de 0,881, assim como os das subescalas “*Atitudes positivas*” ($\alpha = 0,815$) e “*Atitudes negativas*” ($\alpha = 0,827$).

Quadro 4 – Coeficientes de correlação dos itens com o total de cada subescala da “AEG” e se apagados os itens e respectivos coeficientes de consistência interna de Cronbach

Subescalas	Itens	Correlação Item-Total corrigido	Alpha de Cronbach se item apagado
Atitudes Positivas	1	0,617	0,775
	3	0,642	0,779
	4	0,693	0,751
	7	0,714	0,750
	10	0,444	0,834
	$\alpha = 0,815$ (5 itens)		
Atitudes Negativas	2	,678	,776
	5	,511	,822
	6	,770	,752
	8	,505	,846
	9	,770	,767
	$\alpha = 0,827$ (5 itens)		
TOTAL DA ESCALA	$\alpha = 0,881$		

Quanto à análise da EAD, pode verificar-se no Quadro 5 que o alpha de Cronbach obtido revela uma boa consistência interna ($\alpha = 0,897$) para o total da escala. Já no que respeita as subescalas pode ver-se que a subescala “*Consenso*” apresenta um $\alpha = 0,901$, valor superior ao total da escala. Na subescala “*Satisfação*” o valor de alpha é ligeiramente inferior ao total da escala ($\alpha = 0,823$), assim como na subescala “*Coesão*” com $\alpha = 0,768$. Na subescala “*Expressão de afeto*” o valor de alpha obtido não é tão robusto como seria desejável ($\alpha = 0,595$), mas ainda assim decidiu continuar-se com a subescala sem retirar nenhum item.

Quadro 5 – Coeficientes de correlação dos itens com o total de cada subescala da “EAD” e se apagados os itens e respectivos coeficientes de consistência interna de Cronbach

Subescalas	Itens	Correlação Item-Total corrigido	Alpha de Cronbach se item apagado
Consenso	1	0,520	0,898
	2	0,558	0,896
	3	0,615	0,894
	5	0,376	0,903
	7	0,707	0,889
	8	0,740	0,887
	9	0,412	0,902
	10	0,821	0,883

	11	0,515	0,898
	12	0,783	0,888
	13	0,746	0,887
	14	0,809	0,885
	15	0,355	0,906
	$\alpha = 0,901$ (13 itens)		
Satisfação	16	0,645	0,788
	17	0,482	0,810
	18	0,457	0,823
	19	0,612	0,798
	20	0,652	0,786
	21	0,609	0,796
	22	0,640	0,790
	23	0,366	0,823
	$\alpha = 0,823$ (8 itens)		
Coesão	24	0,369	0,778
	25	0,547	0,726
	26	0,723	0,662
	27	0,572	0,714
	28	0,521	0,738
	$\alpha = 0,768$ (5 itens)		
Expressão de Afeto	4	0,424	.
	6	0,424	.
	$\alpha = 0,595$ (2 itens)		
TOTAL DA ESCALA	$\alpha = 0,897$		

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DA DIRECÇÃO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ESPONDILITE ANQUILOSANTE PARA APLICAÇÃO DO ESTUDO



ASSOCIAÇÃO NACIONAL DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE
Agraciada com a medalha Municipal de Solidariedade pela Câmara Municipal de Cascais em 2003

Rua do Platão, N.º 147 – Zambujal – 2785 – 698 SÃO DOMINGOS DE RANA Apartado 69 – 2646 – 901 ALCABIDECHE
Tel. 214 549 200 Fax. 214 549 208 E-mail: anea@anea.org.pt >E-mail: secretaria@anea.org.pt

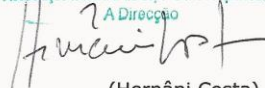
DECLARAÇÃO

ANEA-ASSOCIAÇÃO NACIONAL DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE, para os devidos efeitos declara que autorizou a Mestranda do Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu, Andreia Gonçalves, à aplicação dos questionários “A Sexualidade da Pessoa com espondilite Anquilosante”, no âmbito do Mestrado em Enfermagem e Reabilitação.

São Domingos de Rana, 10 de Maio de 2013

A Direcção

Associação Nacional da Espondilite Anquilosante

A Direcção


(Hernâni Costa)

ANEXO IV - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Titulo: “FACTORES DETERMINANTES DA SEXUALIDADE DO INDIVÍDUO COM ESPONDILARTRITE ANQUILOSANTE”

Eu, abaixo assinado, _____, declaro ter entendido a informação que me foi fornecida sobre o estudo.

Estou consciente dos objectivos e procedimentos do estudo de investigação “**FACTORES DETERMINANTES DA SEXUALIDADE DO INDIVÍDUO COM ESPONDILARTRITE ANQUILOSANTE**”, bem como do papel do investigador e do meu papel enquanto participante neste estudo, tendo-me sido dada a oportunidade para esclarecimento de dúvidas.

Foi-me dada a garantia de que a recusa em participar em qualquer fase do estudo, não acarreta prejuízo na qualidade do acesso e dos cuidados que me são prestados e de que a informação obtida através da aplicação dos questionários, é confidencial e servirá apenas para tratamento estatístico.

Aceito responder ao questionário, assegurando que a minha participação é inteiramente voluntária.

_____, de _____ de 2012

Assinatura do participante _____