

Frequência de disfunção sexual em mulheres com doenças reumáticas

Clarissa de Castro Ferreira¹, Licia Maria Henrique da Mota², Ana Cristina Vanderley Oliveira¹, Jozélio Freire de Carvalho³, Rodrigo Aires Corrêa Lima⁴, Cezar Kozak Simaan⁵, Francieli de Sousa Rabelo⁶, José Abrantes Sarmento⁷, Rafaela Braga de Oliveira⁷, Leopoldo Luiz dos Santos Neto⁸

RESUMO

Objetivo: Pesquisar a prevalência de disfunção sexual em mulheres com as seguintes doenças reumáticas: lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide, esclerose sistêmica, síndrome antifosfolípide e fibromialgia acompanhados no Ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário de Brasília e do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. **Métodos:** Utilizou-se o índice de função sexual feminina (*Female Sexual Function Index* – FSFI), questionário que contém 19 itens que avaliam 6 domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. **Resultados:** Foram avaliadas 163 pacientes. A média de idade foi de 40,4 anos. A prevalência de disfunção sexual foi de 18,4%, porém 24,2% das pacientes não apresentaram atividade sexual nas últimas 4 semanas. Entre os subgrupos, as pacientes com fibromialgia e esclerose sistêmica foram as com maior índice de disfunção sexual (33%). Se excluirmos as pacientes sem atividade sexual, a taxa de disfunção sobe para 24,2%. **Conclusão:** A prevalência de disfunção sexual encontrada neste estudo foi menor em relação à literatura. Entretanto, 24,2% das pacientes entrevistadas negaram atividade sexual nas últimas 4 semanas, o que pode ter contribuído para o baixo índice de disfunção sexual.

Palavras-chave: sexualidade, disfunção sexual, doenças reumáticas, qualidade de vida, comportamento sexual.

© 2013 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

INTRODUÇÃO

A sexualidade é parte da vida humana e da qualidade de vida, além de ser uma das questões responsáveis pelo bem-estar individual. Não se refere apenas ao ato sexual em si, mas a todo o espectro que vai desde a autoimagem e a valorização do “eu” até a relação com o outro. Uma atividade sexual adequada inclui passar pelas fases de excitação sexual até o relaxamento, com prazer e satisfação.¹

A disfunção sexual é a alteração em uma fase da atividade sexual que pode culminar em frustração, dor e redução dos intercursos sexuais.² Alguns estudos mostram uma prevalência na população geral de até 40% das mulheres.³ Sabe-se que as

doenças crônicas exercem influência na qualidade da vida sexual, porém seu efeito é pouco estudado, e a disfunção sexual, pouco diagnosticada.² Isso se deve a dois motivos: tanto as pacientes deixam de relatar, por vergonha ou frustração, quanto os médicos pouco questionam suas pacientes a esse respeito.^{3,4}

Ao serem questionados, os profissionais de saúde alegam pouco tempo de consulta, falta de local privativo nos consultórios e falta de habilidade para discutir o tema. Além disso, há resistência por parte das pacientes. Recentemente, a *Association Nationale de Défense Contre l'Arthrite Rhumatoïde* (Associação Francesa de Artrite Reumatoide) enviou a seus membros, por e-mail, um questionário sobre sexualidade. Apenas 38% responderam, e 70% relataram impacto negativo na vida sexual. Setenta

Recebido em 06/12/2011. Aprovado, após revisão, em 13/12/2012. Os autores declaram a inexistência de conflito de interesse. Comitê de Ética: FM 030/2010. Hospital Universitário de Brasília, Universidade de Brasília – HU-UnB.

1. Médica Reumatologista, Serviço de Clínica Médica, Hospital das Forças Armadas

2. Doutora em Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília – FMUnB; Professora Colaboradora de Clínica Médica e do Serviço de Reumatologia, FMUnB

3. Doutor em Reumatologia; Professor Convitado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia – UFBA,

4. Médico Reumatologista, Hospital Universitário de Brasília – HUB-UnB, Hospital de Base do Distrito Federal

5. Mestre em Patologia, UnB; Médico Reumatologista; Professor de Clínica Médica, FMUnB

6. Médica Reumatologista, Secretaria de Saúde do Distrito Federal

7. Residente em Reumatologia, HUB-UnB

8. Doutor em Patologia, UnB; Professor de Clínica Médica, FMUnB

Correspondência para: Licia Maria Henrique da Mota. Campus Universitário Darcy Ribeiro. Universidade de Brasília. Asa Norte. CEP: 70910-900. Brasília, DF, Brasil. E-mail: liciamhota@yahoo.com.br

e dois por cento afirmaram que nunca haviam conversado com o médico sobre sexualidade.⁴

Faltam estudos com a população brasileira que ajudem a delinear o real impacto das doenças reumáticas na função sexual. Há necessidade de conhecer a extensão do problema para que se possam oferecer possibilidades terapêuticas, já que a disfunção sexual é um dos maiores determinantes de redução de qualidade de vida.

O objetivo do presente estudo foi pesquisar a prevalência de disfunção sexual em mulheres acompanhadas no Ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) com as seguintes doenças reumáticas: lúpus eritematoso sistêmico (LES), artrite reumatoide (AR), esclerose sistêmica (ES), síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF) e fibromialgia (FM).

PACIENTES E MÉTODOS

Foram estudadas 163 mulheres atendidas no Ambulatório de Reumatologia do HUB e no HC-FMUSP (pacientes com SAF). As mulheres apresentavam diagnóstico de AR, LES, ES, FM e SAF.

Para avaliar a presença de disfunção sexual, utilizou-se o índice de função sexual feminina (*Female Sexual Function Index* – FSFI) obtido por meio do questionário proposto por Rosen et al.,^{5,6} amplamente utilizado em vários países e validado para o português⁷ (Tabela 1). Esse questionário contém 19 itens que avaliam 6 domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Ao final, tem-se um escore total, que é a soma do escore de cada domínio multiplicado por um fator que equaliza a influência de cada um. Valores ≤ 26 indicam disfunção sexual.

Tabela 1

Índice de função sexual feminina (FSFI)

<p>Instruções Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões da forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. Para responder às questões, use as seguintes definições: Atividade sexual: pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual. Ato sexual: definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina. Estímulo sexual: inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, autoestimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos). Desejo sexual ou interesse sexual: sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um(a) parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo. Excitação sexual: sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal”) ou contrações musculares. ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA</p> <p>Nome: Registro:</p>	
<p>PERGUNTAS</p>	
<p>1) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sem atividade sexual. 2. Quase sempre ou sempre. 3. A maioria das vezes (mais que a metade do tempo). 4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 5. Poucas vezes (menos da metade do tempo). 6. Quase nunca ou nunca. 	<p>4) Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Muito alto. 2. Alto. 3. Moderado. 4. Baixo. 5. Muito baixo ou absolutamente nenhum.
<p>2) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sem atividade sexual. 2. Muito alto. 3. Alto. 4. Moderado. 5. Baixo. 6. Muito baixo ou absolutamente nenhum. 	<p>5) Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sem atividade sexual. 2. Segurança muito alta. 3. Segurança alta. 4. Segurança moderada. 5. Segurança baixa. 6. Segurança muito baixa ou sem segurança.
<p>3) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quase sempre ou sempre. 2. A maioria das vezes (mais que a metade do tempo). 3. Algumas vezes (cerca da metade do tempo). 4. Poucas vezes (menos da metade do tempo). 5. Quase nunca ou nunca. 	<p>6) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sem atividade sexual. 2. Quase sempre ou sempre. 3. A maioria das vezes (mais que a metade do tempo). 4. Algumas vezes (cerca da metade do tempo). 5. Poucas vezes (menos da metade do tempo). 6. Quase nunca ou nunca.

Tabela 1 (continuação)

Índice de função sexual feminina (FSFI)

7) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca da metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

8) Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a vagina “molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?

1. Sem atividade sexual.
2. Extremamente difícil ou impossível.
3. Muito difícil.
4. Difícil.
5. Ligeiramente difícil.
6. Nada difícil.

9) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca da metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

10) Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (vagina “molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Extremamente difícil ou impossível.
3. Muito difícil.
4. Difícil.
5. Ligeiramente difícil.
6. Nada difícil.

11) Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca da metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

12) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em atingir o orgasmo (clímax/“gozou”)?

1. Sem atividade sexual.
2. Extremamente difícil ou impossível.
3. Muito difícil.
4. Difícil.
5. Ligeiramente difícil.
6. Nada difícil.

13) Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Muito satisfeita.
3. Moderadamente satisfeita.
4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
5. Moderadamente insatisfeita.
6. Muito insatisfeita.

14) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu (sua) parceiro(a) durante a atividade sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Muito satisfeita.
3. Moderadamente satisfeita.
4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
5. Moderadamente insatisfeita.
6. Muito insatisfeita.

15) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu (sua) parceiro(a)?

1. Sem atividade sexual.
2. Muito satisfeita.
3. Moderadamente satisfeita.
4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
5. Moderadamente insatisfeita.
6. Muito insatisfeita.

16) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?

1. Sem atividade sexual.
2. Muito satisfeita.
3. Moderadamente satisfeita.
4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
5. Moderadamente insatisfeita.
6. Muito insatisfeita.

17) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca da metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

18) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca da metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

19) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

1. Sem atividade sexual.
2. Muito alto.
3. Alto.
4. Moderado.
5. Baixo.
6. Muito baixo ou absolutamente nenhum.

ESCORES DE AVALIAÇÃO					
Domínio	Questões	Varição do escore	Fator de multiplicação	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1, 2	1–5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3, 4, 5, 6	0–5	0,3	0,0	6,0
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0–5	0,3	0,0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	0–5	0,4	0,0	6,0
Satisfação	14, 15, 16	0 (ou 1)–5	0,4	0,8	6,0
Dor	17, 18, 19	0–5	0,4	0,0	6,0

Os critérios de inclusão foram os seguintes: mulheres entre 18–69 anos com diagnóstico das doenças específicas (AR, LES, ES, FM, SAF) realizado por reumatologista segundo os critérios do *American College of Rheumatology* e critérios de Sydney para SAF^{8–13} e mulheres que já tiveram pelo menos uma relação sexual na vida. Foram excluídas do trabalho as que recusaram participar do estudo ou aquelas cujo questionário não foi completamente preenchido.

Foram coletadas informações demográficas e clínicas das participantes, como diagnóstico, tempo de doença, idade, religião, escolaridade, estado marital, medicamentos em uso, data da última menstruação e uso de terapia de reposição hormonal. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília.

Análise estatística

Foram descritas as variáveis categóricas pela frequência absoluta e frequência relativa percentual e as variáveis quantitativas por média \pm desvio-padrão, quando sua distribuição fosse simétrica, ou pela mediana e intervalo interquartil, quando assimétrica.

RESULTADOS

Foram selecionadas 181 pacientes, porém 18 foram excluídas do estudo por marcação errada (5), virgindade (1) e falta de resposta a qualquer dos itens (12). Das 163 pacientes que permaneceram no estudo, 82 tinham LES; 24, AR; 15, FM; 3, ES; e 39, SAF (todas as pacientes com SAF primária) (Tabela 2).

A média de idade foi de 40,4 anos. A divisão por grupos de doenças está descrita na Tabela 3. Em relação à menstruação, 46% apresentavam ciclos menstruais regulares e 28,7% já estavam na menopausa. Apenas uma paciente estava em uso de terapia

de reposição hormonal. Grande parte das pacientes tinha mais de 7 anos de escolaridade (76%) e apenas 1,2% era analfabeta.

Em relação ao estado marital, 51,5% declararam-se casadas, 21,7% eram solteiras, 13,6% moravam com seus parceiros. Apenas 7,4% eram separadas e 5,6%, viúvas. Para efeito de estudo, consideramos o grupo de casadas e que moravam com parceiros como um único grupo, que denominamos união estável, correspondendo, portanto, a 65,1% das entrevistadas. A maioria afirmou ser da religião católica (41,2%).

A prevalência de disfunção sexual foi de 18,4%, porém 24,2% das pacientes não apresentaram atividade sexual nas últimas 4 semanas. Entre os subgrupos, as pacientes com FM e ES foram as com maior índice de disfunção sexual (33,3%).

Tabela 2

Dados demográficos, ciclo menstrual e medicações de todas as pacientes estudadas

	Total de pacientes
Número da amostra	163 (100%)
Religião	
Católica	51,5%
Evangélica	23,75%
Batista	1,25%
Outras ou sem religião	32,7%
Estado marital	
União estável	65,1%
Solteiras	21,73%
Separadas	7,45%
Viúvas	5,6%
TRH	0,6%
Ciclos menstruais	46,25%
Menopausa	28,7%
Medicações	3,47

TRH = terapia de reposição hormonal.

Tabela 3

Dados demográficos, tempo de doença, escolaridade e frequências de disfunção sexual nas diversas doenças reumáticas estudadas

	Geral	LES	AR	FM	ES	SAF
Nº pacientes	163 (100%)	82 (50%)	24 (14,7%)	15 (9,2%)	3 (1,8%)	39 (24%)
Média	40,4	36,1	41,2	50,4	45	40,1
Idade (DP)	10,9	10,1	8,5	7,5	—	11,4
Mediana	40	34	40	51	45	40
Tempo de doença (anos)	—	7,6	8,3	6,2	2,5	9,4
Escolaridade						
Analfabeta	1,2%	1,2%	4,2%	0	0	0
1 a 7 anos	22,6%	15,8%	25%	60%	100%	15%
> 7 anos	76%	83%	71%	40%	0	85%
Disfunção sexual	18,4%	22%	8,3%	33,3%	33,3%	10,2%
Sem atividade sexual	24,2%	17%	17%	47%	0	36%

DP: desvio-padrão; LES: lúpus eritematoso sistêmico; AR: artrite reumatoide; FM: fibromialgia; ES: esclerose sistêmica; SAF: síndrome antifosfolípide.

As pacientes lúpicas apresentaram 22% de disfunção sexual, enquanto o grupo de AR teve 8,3% e o grupo de SAF, 10,2%. Se excluirmos as pacientes sem atividade sexual recente, a taxa de disfunção sobe para 24,2%.

A média do número de medicamentos por paciente foi de 3,4. As mais utilizadas foram fluoxetina e tricíclicos (18,7%). O grupo que mais utilizou essas duas medicações foi o da FM, com 12 pacientes, seguido pelos grupos de LES (7), AR (3) e ES (2). O escore médio do FSFI das pacientes que estavam em uso de fluoxetina ou tricíclico foi de 30,4. Quem não usava essas medicações apresentou escore médio de 19,51.

DISCUSSÃO

As doenças reumáticas podem interferir na função sexual por fatores relacionados à própria doença ou ao tratamento.^{1,14} Dor, rigidez matinal, edema de articulações e fadiga podem tanto levar à diminuição do interesse sexual quanto dificultar o ato sexual. Além disso, a baixa autoestima e a imagem negativa do corpo, que comumente afetam os portadores de doenças reumáticas, são fatores psicológicos relevantes. As drogas utilizadas no tratamento também podem causar redução da libido.^{2,15,16}

Existem alguns poucos estudos que analisaram o impacto das doenças reumáticas na função sexual. Um estudo realizado em Cleveland, EUA, mostrou menor frequência de atividade sexual e redução da lubrificação vaginal de pacientes lúpicas em relação às controles.¹⁴ As pacientes lúpicas também referiram aumento no desconforto ou dor vaginal durante o intercurso, porém drive sexual, motivação, excitação e obtenção do orgasmo foram similares aos controles.^{14,17}

A prevalência de disfunção sexual encontrada neste estudo foi menor em relação à da literatura. Pesquisas com portadoras de AR mostram cerca de 50%–60% de impacto na qualidade de vida sexual.¹ Abdel-Nasser *et al.*¹⁸ estudaram 52 mulheres com AR, e mais de 60% relataram desejo e satisfação sexual diminuídas, além de diminuição na performance sexual. Ayden *et al.*¹ utilizaram o questionário FSFI em fibromiálgicas e encontraram 54,2% de disfunção sexual *versus* 15,8% dos controles. Entretanto, Impens *et al.*¹⁹ aplicaram o mesmo questionário em pacientes com ES e encontraram escore médio de 24, mas com alta taxa de abstinência sexual (40%).

Em relação à AR, em um estudo egípcio, 60% das pacientes apresentaram disfunção sexual, das quais 46% relataram perda ou diminuição da libido. Houve associação com parâmetros indicativos de atividade de doença.¹⁴ A dor articular pode restringir determinadas posições sexuais, principalmente quando há comprometimento de joelhos e coxofemorais.¹⁸ Outros

estudos também mostraram uma tendência a maior disfunção sexual de pacientes com AR.^{1,4,14} Neste estudo, encontramos disfunção sexual em 8,3% das pacientes com AR, o que parece ser uma cifra inferior a outros trabalhos sobre o tema.

Os poucos estudos com ES mostram redução da atividade sexual devido a fatores psicológicos e físicos, como ressecamento vaginal e ulcerações.^{19,20} Além disso, o espessamento cutâneo pode levar a contraturas articulares, o que pode trazer dificuldades à relação sexual.²⁰ Em nosso estudo, o número de pacientes avaliadas com ES foi muito pequeno (3 pacientes), o que não nos permite tirar conclusões mais detalhadas sobre o tema.

Em relação à FM, a depressão parece ser o fator determinante para a disfunção sexual,²¹ que, nessas pacientes, manifesta-se principalmente com redução do desejo,^{21,1} redução do índice de orgasmos e dor durante o ato sexual.²² Em nosso trabalho, na análise de subgrupos, o grupo de FM apresentou a maior taxa de disfunção sexual (33%) e ainda a maior porcentagem de falta de atividade sexual (47%), o que condiz com o encontrado na literatura. A depressão é bastante comum na FM, e está associada à redução da libido e da autoestima, sendo fator importante na disfunção sexual.¹

Além disso, o uso de antidepressivos agrava ou contribui para piorar a qualidade da vida sexual. Há relatos de até 60% das pacientes tratadas com inibidores da recaptção de serotonina apresentarem disfunção sexual.¹⁶ Tricíclicos, inibidores de recaptção da serotonina e inibidores da monoaminoxidase são os que mais cursam com redução da libido.¹⁵ Neste estudo, notou-se aumento considerável no escore do FSFI das pacientes que estavam em uso de fluoxetina e tricíclicos em comparação àquelas que não usavam (30,4 *versus* 19,51).

Das pacientes entrevistadas, 24,2% negaram atividade sexual nas últimas 4 semanas, o que pode ter contribuído para o baixo índice de disfunção sexual. Provavelmente algumas dessas pacientes apresentam algum grau de insatisfação ou dificuldades que podem levar à abstinência ou à redução da frequência dos intercursos sexuais.

O nível de escolaridade foi alto: 76% com mais de 7 anos de estudo. Apesar disso, pode ter havido dificuldade para o entendimento do FSFI. Os questionários eram preenchidos pelas pacientes (exceto em caso de analfabetismo, quando o médico preenchia as respostas), porém muitas perguntavam o que significava determinado item. Além disso, 17 pacientes foram excluídas por marcação errada ou falta de resposta a qualquer dos itens.

A qualidade da vida sexual ainda é pouco aferida na consulta médica. Estudos posteriores se fazem necessários para delinear o impacto da doença sobre a sexualidade e permitir a conscientização do reumatologista sobre a importância de discutir tais questões com suas pacientes.

REFERENCES

REFERÊNCIAS

1. Tristano AG. The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatol Int* 2009; 29:853–60.
2. Clayton A, Ramamurthy S. The impact of physical illnesses on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med* 2008; 29:70–88.
3. Lara LAS, Silva ACJRS, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008; 30:312–21.
4. Perdriger A, Solano C, Gossec L. Why should rheumatologists evaluate the impact of rheumatoid arthritis on sexuality? *J Bone Spine* 2010; 77:493–5.
5. 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; 26:191–208.
6. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 2005; 31:1–20.
7. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(11):2333–44.
8. Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1997; 40:1725.
9. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33:160–72.
10. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, Mcshane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31:315–24.
11. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd, et al. 2010 Rheumatoid Arthritis Classification Criteria. *Arthritis Rheum* 2010; 62:2569–81.
12. Subcommittee for scleroderma criteria of the American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee. Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). *Arthritis Rheum* 1980; 23:581–90.
13. Myakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J Thromb Haemostat* 2006; 4:295–306.
14. Østensen M. New insights into sexual function and fertility in rheumatic diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2004; 18:219–232.
15. Rothschild AJ. Sexual side effects of antidepressants. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(Suppl 11):28–36.
16. Lee KU, Lee YM, Nam JM, Lee HK, Kweon YS, Lee CT, et al. Antidepressant-induced sexual dysfunction among newer antidepressants in a naturalistic setting. *Psychiatry Investig* 2010; 7:55–9.
17. Araújo DB, Borba EF, Abdo CHN, Souza LA, Goldstein-Schainberg C, Chahade WH, et al. Função sexual em doenças reumáticas. *Acta Reumatol Port* 2010; 35:16–23.
18. Abdel-Nasser AM, Ali EI. Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2006; 25:822–30.
19. Impens AJ, Rothman J, Schioppa E, Cole JC, Dang J, Gendrano N, et al. Sexual activity and functioning in female scleroderma patients. *Clin Exp Rheumatol* 2009; 27:S38–S43.
20. Schouffoer AA, van der Marel J, Ter Kuile MM, Weijnen PT, Voskuyl A, Vliet Vlieland CW, et al. Impaired sexual function in women with systemic sclerosis: a cross-sectional study. *Arthritis Rheum* 2009; 15:1601–8.
21. Orellana C, Gratacós J, Galisteo C, Larrosa M. Sexual dysfunction in patients with fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep* 2009; 11:437–42.
22. Kalichman L. Association between fibromyalgia and sexual dysfunction in women. *Clin Rheumatol* 2009; 28:365–9.