

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

**SEXUALIDADE, DISFUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE
DE VIDA EM PACIENTES COM ARTRITE
REUMATOIDE**

WALDNO PEREIRA DE LUCENA JÚNIOR

**DOURADOS - MS
2012**

WALDNO PEREIRA DE LUCENA JÚNIOR

**SEXUALIDADE, DISFUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE
VIDA EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal da Grande Dourados –
Faculdade de Ciências da Saúde, para
obtenção do Título de Mestre em
Ciências da Saúde.

Orientadora: PROF. DRA. MÁRCIA MIDORI SHINZATO

**DOURADOS - MS
2012**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca do HU - UFGD

616.72 Lucena Júnior, Waldno Pereira

L935s Sexualidade, disfunção sexual e qualidade de vida em pacientes com artrite reumatoide. / Waldno Pereira de Lucena Júnior. – Dourados, MS : UFGD, 2012.

48f.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Midori Shinzato

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) –
Universidade Federal da Grande Dourados.

1. Artrite reumatoide. 2. Disfunção sexual feminina. 3.
Mulheres - Qualidade de vida. I. Título.

Agradecimentos

À Deus, por minha família e minha saúde.

À Professora Márcia Midori Shinzato, Adjunta da Disciplina de Reumatologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados, pela orientação em minha formação científica e pela participação na elaboração deste trabalho.

Ao Professor Júlio Croda, Diretor da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados, pelo conhecimento compartilhado sobre a utilização dos programas de computador na organização das referências bibliográficas e na análise estatística.

Aos alunos Adolfo César Rodrigues Chang e Mariana Cruz da Costa Leite, internos do curso de Medicina da Universidade Federal da Grande Dourados, pela ajuda na aplicação de parte dos questionários.

À minha amiga e coordenadora da Equipe de Saúde da Família de Vila Vargas, enfermeira Erotildes Tatiana Chaves Borba pelo seu apoio durante o Mestrado.

À Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados, pela carga horária liberada para realização do Mestrado.

Dedicatória

Aos meus amores Jorge de Angelis Lucena, Keila de Angelis Lucena e a criança em seu ventre, por serem a razão de minha felicidade e minha fonte de motivação.

Aos meus pais, pela oportunidade que me deram de ter chegar onde estou.

Sumário

1. Introdução	1
2. Revisão Bibliográfica	4
2.1. Artrite reumatoide e atividade da doença	
2.2. Capacidade funcional e Qualidade de Vida	
2.3. Sexualidade e Disfunção Sexual Feminina	
3. Método	12
3.1. Desenho do estudo	
3.2. Participantes e coleta dos dados	
3.3. Instrumentação	
4. Resultados	17
4.1. Caracterização demográfica, social e clínica	
4.2. Caracterização do estado marital, da história reprodutiva e da atividade sexual	
4.3. Avaliação da atividade da doença através do DAS-28	
4.4. Avaliação do estado funcional através do HAQ	
4.5. Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL abreviado	
4.6. Avaliação da função sexual através do FSFI	
4.7. Efeito das características sócio-demográficas e clínicas sobre a função sexual avaliada pelo FSFI	
4.8. Efeito da incapacidade funcional avaliada pelo HAQ sobre a função sexual avaliada pelo FSFI	
4.9. Efeito da disfunção sexual avaliada pelo FSFI e a qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL abreviado	
4.10. Diferenças entre os grupos de pacientes sexualmente inativas e ativas com e sem disfunção sexual	
5. Discussão	38
6. Conclusão	42
7. Referências Bibliográficas	43

Resumo

Objetivo: avaliar a sexualidade e a qualidade de vida de mulheres com artrite reumatoide atendidas no ambulatório de Reumatologia do Hospital da Universidade Federal da Grande Dourados, assim como estimar a prevalência de disfunção sexual nessas pacientes e seu impacto na qualidade de vida das mesmas.

Método: Foi realizado um estudo transversal, de fevereiro de 2012 a maio de 2012, com 64 pacientes do sexo feminino, que preenchiam os critérios do Colégio Americano de Reumatologia. A avaliação da atividade da artrite reumatoide, da incapacidade funcional, da qualidade de vida e da função sexual foi feita através dos instrumentos de avaliação DAS-28, HAQ, WHOQOL abreviado e FSFI respectivamente.

Resultados: encontramos 68,8% mulheres sexualmente ativas com FSFI médio foi $23,2 \pm 8,8$, sendo que nesse grupo 61,4% das pacientes tinha pontuação abaixo de 26, que representa a faixa do escore associada à disfunção sexual. 74,9% das participantes relatou estar insatisfeita com sua vida sexual. Observamos relação linear inversa entre o escore do HAQ e a pontuação do FSFI ($p=0,01$) e os domínios do FSFI que se mostraram mais afetados pela incapacidade funcional foram o desejo, a excitação e a lubrificação.

Conclusão: o presente estudo confirma os achados de estudos prévios sobre o impacto negativo da artrite reumatoide sobre a sexualidade e a qualidade de vida, assim como sua correlação com a disfunção sexual, porém abordando exclusivamente a disfunção sexual feminina.

Abstract

ABSTRACT

Objective: To assess the quality of life and sexuality of women with rheumatoid arthritis seen at the outpatient clinic of Rheumatology from University Hospital of Grande Dourados Medical School, as well as to estimate the prevalence of sexual dysfunction in these patients and its impact on their quality of life.

Method: We conducted a cross-sectional study from February 2012 to May 2012, with 64 female patients who met the criteria of the American College of Rheumatology. The assessment of rheumatoid arthritis activity, functional disability, quality of life and sexual function was performed using the evaluation instruments DAS-28, HAQ, WHOQOL-brief and FSFI respectively.

Results: We found 68.8% of sexually active women with FSFI averaged 23.2 ± 8.8 , and 61.4% in this group of patients had scores below 26, which represents the range of scores associated with sexual dysfunction. 74.9% of participants have reported to be very dissatisfied with their sexual life. We observed an inverse linear correlation between the HAQ score and FSFI score ($p=0.01$) and FSFI domains that were most affected by disability were the desire, arousal and lubrication.

Conclusion: This study confirms the findings of previous studies about the negative impact of rheumatoid arthritis on sexuality and quality of life, as well as their correlation with female sexual dysfunction.

1. INTRODUÇÃO

A sexualidade é um aspecto da intimidade emocional e física que homens e mulheres experimentam durante suas vidas; é um conceito complexo e multidimensional que engloba o desejo sexual, o ato sexual, como também, valores e crenças sobre o sexo [1-3]. Portanto, é uma característica humana que ultrapassa os domínios anatomofisiológico e psicológico, sendo influenciada também, por fatores sociais, culturais, econômicos, políticos, éticos, legais, históricos e religiosos que em conjunto determinam a visão que os indivíduos têm de seus corpos e da importância do sexo em suas vidas [1,4]. É considerada atualmente um dos pilares da qualidade de vida e a sua abordagem tem sido cada vez mais valorizada no acompanhamento de doenças crônicas [4,5].

A saúde sexual feminina é relevante para o bem-estar geral e a qualidade de vida, abrangendo uma identidade sexual equilibrada, uma função sexual normal e um relacionamento satisfatório [6]. A atual disponibilidade de tratamentos para disfunção erétil com exposição da disfunção sexual masculina aumentou a procura de homens por consulta e tratamento, o que abriu caminho para discussão da sexualidade feminina. Porém, apesar do número crescente de estudos, ainda pouco se sabe sobre a epidemiologia das disfunções sexuais femininas, e poucos tratamentos estão disponíveis para as mulheres afetadas [7].

Qualquer patologia preexistente pode ter um efeito sobre a função sexual feminina [8,1]. Queixas e problemas relacionados são altamente prevalentes nas mulheres durante toda a vida, entretanto, essas alterações são negligenciadas em pacientes com doenças reumáticas e não são rotineiramente abordadas por médicos ou outros profissionais de saúde [2,5].

Nesse sentido, a artrite reumatoide, por ser uma doença crônica, pode afetar todos os aspectos da vida e, conseqüentemente, ter um efeito significativo na vida sexual da pessoa [1,2]. Ocorre em todo mundo com frequência aproximada de 0,5% a 1%. Acomete

mulheres cerca de duas a três vezes mais do que os homens e, apesar do grande avanço de seu tratamento nas últimas décadas, a doença pode, ainda hoje, levar à deformidades e incapacidade articular [9,6].

É uma doença de caráter inflamatório e natureza autoimune, cuja etiologia é ainda desconhecida. Clinicamente é caracterizada por poliartrite periférica, geralmente simétrica e aditiva devido, principalmente ao comprometimento do tecido sinovial. A reação inflamatória nesse tecido pode levar à osteopenia periarticular e à erosão óssea e da cartilagem. Embora seja uma patologia que acomete preferencialmente articulações sinoviais, a ocorrência de sintomas constitucionais e o acometimento de outros órgãos comprovam tratar-se de doença sistêmica, o que determina uma diminuição importante da expectativa de vida e da qualidade de vida [9].

As causas de transtorno da função sexual na artrite reumatoide são multifatoriais e incluem: dor, fadiga, rigidez, incapacidade funcional, depressão, ansiedade, imagem corporal negativa, baixa autoestima, libido reduzida, desequilíbrio hormonal e tratamento medicamentoso [10,2,5]. Por exemplo, a dor crônica, a fadiga e a baixa autoestima podem reduzir o interesse sexual do indivíduo e a frequência de relações sexuais e o prazer nas mesmas pode ser minimizado pela dor aos movimentos articulares ou pela dificuldade em encontrar posições confortáveis [2,11].

De acordo com Helland e colaboradores [5], a literatura sobre a função sexual de pessoas com artrite reumatoide na última década pode ser caracterizada como pobre e escassa. Abdel-Nasser e Ali [6] sugerem que isso se deva ao fato de tanto pacientes como médicos evitarem explorar essas questões. Além disso, segundo van Berlo e colaboradores [10] a pesquisa do tema mostra resultados divergentes: a porcentagem de pacientes com artrite reumatoide que apresentaram problemas sexuais variou nesses estudos de 31 a 76%, uma vez que problemas sexuais foram definidos de maneiras distintas, de não especificadas “dificuldades sexuais” a formas específicas de disfunção. Panush e colaboradores [12] notaram que poucos estudos sobre o assunto abordam adequadamente a função sexual em pacientes com doença reumática e mesmo esses são limitados por não possuírem definições, índices e métodos validados para esse tipo de avaliação.

Similarmente, no Brasil, a despeito da relevância do tema, são ainda escassos os estudos voltados para as questões relacionadas à sexualidade em doenças reumatológicas como a artrite reumatoide. As pesquisas encontradas também mostram resultados diversos

[13].

Nesse contexto, esse estudo tem por objetivo avaliar a sexualidade e a qualidade de vida de mulheres com artrite reumatoide atendidas no ambulatório de Reumatologia do Hospital da Universidade Federal da Grande Dourados, assim como estimar a prevalência de disfunção sexual nessas pacientes e seu impacto na qualidade de vida das mesmas.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Artrite reumatoide e atividade da doença

A artrite reumatoide é a principal causa de inflamação articular crônica, acomete pequenas e grandes articulações em associação com manifestações sistêmicas como fadiga e perda de peso. Os modelos experimentais têm demonstrado a participação de citocinas, especialmente o TNF-alfa, IL-1 e a IL-17 na patogênese da artrite reumatoide [14-16]. A inflamação da membrana sinovial, seguida de erosão óssea e destruição articular, frequentemente conduz a um quadro grave de perda funcional e limitações nas atividades da vida diária dos pacientes, especialmente se não tratada [17,9].

É de distribuição universal, afetando cerca de 0,5 a 1% da população mundial, com uma incidência estimada em 0,02 a 0,05 casos novos por 100 habitantes/ano, o que a torna um sério problema de saúde pública, com consequências clínicas, psíquicas, sociais e econômicas [18,19]. Os custos diretos com internações e medicamentos e indiretos, devido a perda da capacidade laborativa e produtividade dos pacientes são também relevantes [20]. O gasto mensal com cada paciente com artrite reumatoide no Brasil chega a US\$ 424,14 [21].

A doença sem controle adequado leva a uma diminuição importante da qualidade de vida e da sobrevida desses pacientes [22]. Quando envolve outros órgãos, além das articulações, a gravidade é maior, podendo diminuir a expectativa de vida em cinco a dez anos [17,9].

De acordo com a Sociedade Brasileira de Reumatologia [9] o diagnóstico dessa condição deve ser feito baseado nos critérios do Colégio Americano de Reumatologia [23]. Um mínimo de quatro dos sete critérios abaixo devem estar presentes para o diagnóstico de artrite reumatoide: 1) rigidez articular matinal maior que uma hora; 2) artrite de três ou mais áreas articulares; 3) artrite de articulações das mãos; 4) artrite simétrica; 5) nódulos

reumatoides; 6) fator reumatoide sérico positivo e 7) alterações radiográficas típicas em mãos (erosões e descalcificações), sendo que os critérios de 1 a 4 devem estar presentes por pelo menos seis semanas.

A maioria dos pacientes com artrite reumatoide tem rigidez articular matinal por mais de uma hora. Aproximadamente 80% dos pacientes tem Fator Reumatoide (FR) positivo que é uma imunoglobulina com a capacidade de se ligar com diferentes epítomos da porção Fc da molécula da imunoglobulina G humana. Essas características clínicas refletem os critérios de classificação para artrite reumatoide do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) de 1987. Enfatizamos que esses critérios foram desenvolvidos para inclusão de pacientes em pesquisas e não para diagnóstico de doença. O diagnóstico é clínico já que não há achados de exame físico ou laboratorial patognomônicos da doença. Atualmente, o diagnóstico precoce é crítico no tratamento da doença pois evitaria danos permanentes. Por isso foi desenvolvido o critério de classificação do ACR/EULAR de 2010. Nesse critério houve a inclusão do anticorpo anti-proteína citrulinada (ACPA) que é altamente específico para artrite reumatoide e pode ser detectado em fases precoces da mesma. A combinação do ACPA com FR tem especificidade de 99% para artrite reumatoide [24,25].

O conceito de atividade de doença, segundo Mello [26], é um enfoque prático na tentativa de compreensão de uma série de doenças reumáticas na rotina clínica. De acordo com esse autor, na artrite reumatoide, atividade é a repercussão clínica da inflamação que acomete os órgãos, sobretudo as articulações, em um determinado momento do curso da doença e que se reflete nas queixas do paciente, na limitação funcional, nos achados de exame físico e nas alterações laboratoriais.

A atividade da doença pode ser medida através de parâmetros isolados ou de índices compostos de atividade de doença. Os parâmetros isolados podem ser clínicos (contagens articulares) ou laboratoriais (provas de fase aguda). A observação conjunta desses fatores e da impressão geral do paciente sobre o *status* da doença gera uma noção sobre a atividade da doença. Com o intuito de padronizar essa noção, foram desenvolvidos índices compostos que incluem essas variáveis e fornecem, através de fórmulas matemáticas, um valor quantitativo da atividade da doença [27,26].

As provas de fase aguda são exames laboratoriais que se alteram em resposta a

um insulto inflamatório. Pela facilidade de dosagem e fidedignidade, a proteína C - reativa (PCR) e a velocidade de hemossedimentação (VHS) permanecem sendo os métodos de escolha não apenas no contexto de uma doença reumatológica, mas de qualquer doença de caráter inflamatório [26].

Muitos índices compostos de avaliação da atividade da artrite reumatoide foram desenvolvidos, e como não há um padrão-ouro para compará-los, é impossível estimar a sensibilidade e especificidade de cada um deles. Entretanto, estudos têm comprovado a validade dessas ferramentas na avaliação da atividade da artrite reumatoide em ensaios clínicos [26].

Atualmente, o modelo mais utilizado para avaliação das articulações acometidas em estudos clínicos acessa 28 articulações (metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais das mãos, punhos, cotovelos, ombros e joelhos) para a presença de dor e edema [28,29].

O Escore de Atividade de Doença em 28 Articulações (DAS-28) é uma ferramenta que leva em consideração a contagem de articulações edemaciadas (SJC) e dolorosas (TJC), avaliando-se 28 articulações, a VHS e a avaliação da saúde global pelo paciente. A avaliação da atividade global de doença pelo paciente é medida em uma Escala Analógica Visual (VAS) horizontal (uma reta de 10cm), após a seguinte orientação: “Considerando todas as maneiras em que sua artrite afeta sua vida, marque um X na escala para como você se sente”, sendo “0” quando a doença não o afeta de maneira alguma e “10” quando ela o afeta da pior maneira possível [30]. Essas variáveis são incluídas no seguinte cálculo: **DAS-28 = 0,56 x \sqrt TJC + 0,28 x \sqrt SJC + 0,70 x VHS + 0,014 x avaliação global do paciente** [31]. Quanto mais alto o valor do resultado, maior é a atividade da doença no momento da avaliação. Pontos de corte foram definidos para o DAS-28: $\leq 2,4$ – remissão; $> 2,4$ e $\leq 3,6$ – baixa atividade; $> 3,6$ e $\leq 5,5$ – moderada atividade; e $> 5,5$ – alta atividade [26,32].

2.2. Capacidade funcional e Qualidade de Vida

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como a visão

do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações [33]. Nessa definição observam-se duas dimensões: uma referente a aspectos emocionais, culturais e sociais, e outra, a condições materiais, posição na vida e relações sociais.

Na perspectiva biomédica, qualidade de vida engloba o conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, definido como o impacto do estado de saúde na capacidade de um indivíduo em realizar suas funções e sentir-se bem nos domínios físico, mental e social de sua vida. Duas abordagens estão disponíveis para mensurá-la: os instrumentos genéricos, aplicáveis a todas as pessoas (saudáveis ou com qualquer doença), e os instrumentos específicos que focam em problemas associados a uma única doença, como a artrite reumatoide [34,35,26].

Instrumentos genéricos têm sido desenvolvidos para refletir o impacto de uma doença, avaliando a função, a incapacidade e o desconforto físico e mental. Dentre os mais empregados, destaca-se o WHOQOL-bref, desenvolvido pela OMS [36].

A OMS, por intermédio do Grupo WHOQOL [33], promoveu o desenvolvimento de um instrumento de avaliação multidimensional, passível de tradução e adaptação para diversas línguas, contendo 24 dimensões da qualidade de vida, organizadas em 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade, religião e crenças pessoais, o *World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHOQOL-100). A necessidade de instrumentos curtos que demandassem menos tempo para o preenchimento, fez com que o grupo desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, chamado de *World Health Organization Quality of Life Assessment Bref* (WHOQOL-bref) [36]. Foi validado e traduzido para a língua portuguesa (WHOQOL-abreviado) por Fleck e colaboradores [37]. O WHOQOL-abreviado consta de 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais 24 representam cada uma das 24 dimensões que compõe o instrumento original. O WHOQOL-abreviado aborda 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Os resultados são primeiramente analisados em conjunto e depois separadamente, gerando assim resultados específicos para cada um dos domínios estudados [37].

De acordo com Brandão e colaboradores [34], sendo a artrite reumatoide uma doença que pode evoluir com deformidade articular e incapacidade funcional, não deve ser

avaliada pelas medidas epidemiológicas tradicionais, tais como morte ou cura (que refletiriam os extremos da doença) e sim por seu impacto na saúde individual em termos de bem estar físico, mental e social.

Existe, atualmente, um crescente interesse em descrever e abordar a qualidade de vida através da inclusão de instrumentos de avaliação da qualidade de vida em protocolos de estudo, como forma de avaliação multidimensional de pacientes com artrite reumatoide [35].

Desenvolveram-se também vários instrumentos específicos para artrite reumatoide com o intuito de obter informação mais específica em relação ao seu impacto na avaliação global dos pacientes, verificando em que maneiras a doença afeta o cotidiano dos mesmos [34,26,35]. Na década de 80, surgiu o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), que se tornou o instrumento mais utilizado até hoje para mensurar o estado funcional dos pacientes com artrite reumatoide em ensaios clínicos e estudos epidemiológicos. A forma simplificada, mais utilizada atualmente, trata-se de um questionário com 20 perguntas sobre a vida cotidiana, que avaliam oito áreas de atividades funcionais e o nível de dificuldade que o paciente apresenta para realizar tais atividades. Pode ser completado em dez minutos. Calcula-se a média aritmética do maior escore de cada uma das oito áreas avaliadas e o resultado é o escore do HAQ [38,39]. Também foi traduzido para diversos idiomas – inclusive o português (Questionário de Avaliação de Saúde – HAQ) e validado para uso em língua portuguesa por Ferraz e colaboradores [40]. O HAQ tem se mostrado um excelente preditor de incapacidade laborativa e de mortalidade [26].

2.3. Sexualidade e Disfunção Sexual Feminina

Segundo a definição da OMS sexualidade é um aspecto central da humanidade e engloba sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relacionamentos, porém a maneira como é experimentada ou expressa varia, sendo afetada pela interação de

fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais [3].

Outros termos são usados para designar aspectos mais estritos desse complexo conceito: função sexual, atividade sexual e comportamento sexual. Função sexual se refere à capacidade individual de responder ao estímulo sexual e passar pelas fases do ciclo de resposta sexual (excitação, platô, orgasmo e resolução) fisiologicamente. Atividade sexual e comportamento sexual se referem a manifestações da sexualidade através de ações [41].

Recentes estudos populacionais reportaram que 50% a 75% das mulheres são sexualmente ativas [42,43]. Falta de interesse sexual e a falta de um parceiro foram as principais causas de inatividade sexual. A frequência média de atividade sexual foi de 6 vezes por mês entre as mulheres, sendo a penetração vaginal a prática sexual mais comum. 80% das mulheres relataram incapacidade de atingir o orgasmo com a penetração vaginal e que necessitavam de estimulação clitoriana direta. Somente 30% das mulheres atingiram quase sempre ou sempre o orgasmo com a atividade sexual contra 75% dos homens [42,44,43].

As disfunções sexuais são problemas que ocorrem em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual, por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento dessas fases, manifestando-se de forma persistente ou recorrente [45]. Disfunção sexual feminina é definida por Marthol e Hilz [46] como distúrbio no desejo sexual e nas mudanças psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual feminina e que causam marcada angústia e dificuldade interpessoal. Esses transtornos podem ser classificados em quatro grupos: distúrbios do desejo, da excitação, do orgasmo e transtornos dolorosos [47]. De acordo com o Índice de Função Sexual Feminina, podem ser somados a esses grupos o transtorno na lubrificação vaginal e a satisfação na relação sexual [48]. As disfunções sexuais devem ser diferenciadas das parafilias, que são impulsos, fantasias ou práticas sexuais incomuns ou particulares, frequentemente compulsivas e em certas condições muito lesivas à própria pessoa ou a outrem. A pessoa é incapaz de controlar o impulso, apresentando comportamento desviante [45].

Distúrbios sexuais femininos são muito comuns na população geral, a prevalência de qualquer uma dessas disfunções é relativamente alta, com estudos sugerindo que 30–56% das mulheres podem ser afetadas por uma delas. Bancroft e colaboradores [44] em

seu estudo com mulheres caucasianas e afro-americanas entre 20 e 65 anos, observaram 24% das mulheres relatando angústia em relação ao seu relacionamento sexual, sua própria sexualidade, ou ambos. Segundo a pesquisa de Safarinejad [49] com 2626 mulheres iranianas, a prevalência de distúrbio sexual encontrada foi de 31,5%, mostrando um aumento com a idade, variando de 26% em mulheres entre 20 e 39 anos até 39% naquelas com mais de 50 anos. 37% relataram distúrbios orgásmicos, 35% distúrbios do desejo, 30% distúrbios da excitação enquanto distúrbios dolorosos foram relatados por 26,7% das participantes. Um grande estudo epidemiológico foi conduzido nos Estados Unidos recentemente [50] com uma amostra de 31.581 mulheres para determinar disfunções sexuais e avaliar o nível de sofrimento das mesmas. Queixas acerca do desejo, da excitação e do orgasmo foram relatadas em 38,7%, 26,1%, e 20,5%, respectivamente, com 44,2% das mulheres referindo algum problema sexual. Porém quando o sofrimento marcado foi abordado como cofator, de acordo com os critérios do DSM-IV [47], a prevalência diminuiu para 10%, 5,4%, e 4,7%, respectivamente.

A maioria dos casos de disfunção sexual está relacionada a problemas psicológicos ou problemas no relacionamento. Mas podem também ser resultado de problemas orgânicos ou uso de certas substâncias, como drogas, remédios ou exposição a toxinas. Há de se considerar, ainda, as situações apresentadas por pessoas com alguma deficiência [45].

De acordo com Kwan e colaboradores [51] há uma alta prevalência de disfunção sexual entre pacientes com dor crônica e eles relatam um declínio da satisfação conjugal e redução da frequência e da qualidade da atividade sexual após o início da dor. Nesse sentido, sexualidade e doença crônica, embora sejam termos aparentemente opostos, têm em comum o profundo impacto na qualidade de vida que podem ocasionar. De acordo com Wilmoth [41] nós normalmente pensamos em sexualidade como sendo um atributo exclusivo dos jovens e saudáveis, e que doenças crônicas são vivenciadas por aqueles que não possuem mais o atributo da sexualidade, por causa da idade ou da enfermidade. Segundo ela, um fator complicador é a relativa falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre sexualidade na saúde e doença, assim como seu desconforto em discutir o tema com seus pacientes.

As doenças reumatológicas podem prejudicar a função sexual de diversas maneiras. Dor, fadiga, rigidez, falta de lubrificação vaginal e prejuízo funcional das

articulações podem reduzir a libido assim como as respostas psicológicas à doença crônica como depressão e baixa autoestima [11].

No entanto, a sexualidade é uma área geralmente negligenciada na avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença reumática [11,5].

A abordagem da Disfunção Sexual Feminina envolve a identificação das mulheres com problemas sexuais, identificação e tratamento das causas de dor, identificação da classe da disfunção sexual e tratamento voltado para a paciente e para seu parceiro [52]. As atuais propostas diagnósticas usam modelos não lineares da resposta sexual feminina e classificam os problemas sexuais de maneira abrangente, incorporando algumas das dimensões não genitais e subjetivas da excitação feminina e não apenas a etiologia das disfunções.

Nesse contexto, surgiu a necessidade de se desenvolver instrumentos capazes de avaliar essas questões de maneira adequada e considerando os fatores contextuais e a característica subjetiva da resposta sexual feminina, os instrumentos com maior possibilidade de avaliar as suas questões objetivas e subjetivas seriam os questionários auto-aplicados que avaliam vários domínios no campo da sexualidade e apresentam alto grau de confiabilidade e validade [53].

Dos vários questionários de função sexual feminina que podem ser úteis, o *Female Sexual Function Index* (FSFI) [48] foi validado baseado nos diagnósticos de disfunção sexual do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV) [47]. Foi traduzido e validado para uso em língua portuguesa por diversos estudos [54,55,7]. O FSFI é um teste escrito que tem seis sub-escalas e uma soma de escores que mede o grau de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (dispareunia). Os escores das sub-escalas são corrigidos e somados, originando um escore final. Os escores finais podem variar de 2 a 36 e uma pontuação total de 26 ou menos no FSFI é associado à disfunção sexual. O FSFI é um instrumento de avaliação de estudos epidemiológicos que respeita a natureza multidimensional da função sexual feminina. O objetivo do instrumento é ser sumário, válido e seguro na avaliação da função sexual feminina, com a vantagem de ser um índice baseado numa recente classificação das disfunções sexuais femininas [55].

3. MÉTODO

3.1. Desenho do estudo

Foi realizado um estudo observacional analítico de corte transversal, durante 6 meses, para avaliar a sexualidade e a qualidade de vida em mulheres com artrite reumatoide e estimar a prevalência de disfunção sexual nesse grupo.

Os critérios de inclusão foram sexo feminino e os critérios do Colégio Americano de Reumatologia [23] para o diagnóstico de artrite reumatoide (Anexo I) após avaliação clínica por médico especialista em Reumatologia. Os critérios de exclusão foram diagnóstico prévio de retardo mental ou doença psiquiátrica grave, que limitasse a compreensão do questionário ou a recusa a participar do estudo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados.

3.2. Participantes e coleta dos dados

A amostra de nosso estudo não foi aleatória, mas reunida por conveniência, foram convidadas a participar da pesquisa 101 pacientes do sexo feminino, com diagnóstico de artrite reumatoide, selecionadas em atendimentos consecutivos do ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário de Dourados da Universidade Federal da Grande Dourados.

Foram incluídas no estudo 64 pacientes que preencheram os critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa, assinando três cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II), autorizando sua participação na pesquisa. Duas cópias foram devolvidos aos pesquisadores e a outra foi entregue à participante.

Todos os dados foram coletados e analisados obedecendo as normas éticas para pesquisa com humanos e os instrumentos foram pontuados e analisados de acordo com as publicações que os validaram.

3.3. Instrumentação

3.3.1. Avaliação das características da amostra

3.3.1.1. Questionário sócio-demográfico e clínico

As características sócio-demográficas, clínicas e comportamentais avaliadas foram: idade, tempo de doença, cor da pele de acordo com a definição do IBGE [56], índice de massa corporal (IMC), estado marital e tempo de relacionamento, número de filhos, escolaridade, renda, comorbidades, ingestão de álcool, tabagismo e uso de medicamentos. Os dados foram obtidos através de preenchimento de um questionário elaborado pelos pesquisadores (Anexo III).

Foram consideradas sexualmente ativas aquelas mulheres envolvidas em relacionamento afetivo por mais de um ano no momento do estudo.

Foram consideradas hipertensas as pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva, diabéticas as pacientes em uso de hipoglicemiante oral e/ou insulina e hipotiroideias as em uso de hormônios tireoidianos.

Foram consideradas obesas as pacientes cujo Índice de Massa Corporal (IMC) era maior que 30 kg/m^2 [57].

3.3.2. Avaliação da atividade da doença

3.3.2.1. *Disease Activity Score in 28 Joints (DAS-28)*

A avaliação da atividade da artrite reumatoide foi feita com o instrumento DAS-28 (Anexo IV), que é um escore que mede a atividade da doença através de um cálculo que utiliza o número de articulações dolorosas, o número de articulações edemaciadas, a velocidade de hemossedimentação (VHS) e a avaliação global do estado da doença pelo paciente (VAS), medida de 0 a 100 em uma escala visual de 100 mm de comprimento [32]. Os valores de VHS foram obtidos de exames laboratoriais solicitados como rotina no ambulatório de Reumatologia do HU/UFGD.

3.3.3. Avaliação da deficiência ou incapacidade funcional

3.3.3.1. *Health Assessment Questionnaire simplificado - versão para a língua portuguesa (HAQ)*

A capacidade funcional das participantes foi medida pelo HAQ simplificado - versão para a língua portuguesa (Anexo V). O HAQ é um instrumento de avaliação validado para a língua portuguesa [38,40] e frequentemente utilizado para medir a incapacidade física entre os doentes com artrite reumatoide. É constituído por 20 itens, divididos em 8 grupos de limitações funcionais [39].

3.3.4. Avaliação da qualidade de vida

3.3.4.1. *World Health Organization Quality of Life Assessment Bref (WHOQOL abreviado)*

A aferição da Qualidade de Vida foi obtida através do instrumento de avaliação também validado e traduzido para a língua portuguesa WHOQOL abreviado (Anexo VI),

que é composto por 26 questões, das quais duas são questões gerais de qualidade de vida e as demais divididas em quatro domínios: físico (7 itens), psicológico (6 itens), relações sociais (3 itens) e meio ambiente (8 itens). Cada item varia de 1 a 5, sendo que em 23 facetas cinco pontos representa a melhor resposta enquanto nas outras três, a maior pontuação representa a pior condição e para permitir a comparação, as médias relacionadas a dor, desconforto, necessidade de medicamentos e sentimentos negativos foram invertidas, de acordo com a orientação da OMS. Ao final, a pontuação final de cada domínio é transformada para uma escala de 1 à 100 [36,37].

3.3.5. Avaliação da função sexual

3.3.5.1. *Female Sexual Function Index (FSFI)*

O Instrumento de avaliação específica da função sexual feminina FSFI (Anexo VII), que é um questionário de 19 itens desenvolvido como um instrumento breve e multidimensional para acessar os principais aspectos da função sexual feminina [48], foi aplicado por um pesquisador do sexo feminino, a fim de diminuir o possível constrangimento pelas questões. Foi traduzido e validado por Hentschel e colaboradores [55] para utilização em pacientes de língua portuguesa fluente no Brasil; validação confirmada por Thiel e colaboradores [54], e tem sido recentemente usado para abordar a função sexual de mulheres com doenças reumatológicas [58,59].

Nesse escore, que varia de 2 a 36, uma pontuação de 2 significa ausência de desejo ou interesse sexual no último mês e insatisfação sexual e escores menores que 26 indicam disfunção sexual [53].

3.3.6. Tabulação dos dados e análise estatística

Os dados foram duplamente digitados em planilha Excel for Mac 2011 e posteriormente transferidos para o pacote estatístico Stata for Mac 12.0.

Foi utilizada análise estatística descritiva para caracterizar a amostra em relação às variáveis sócio-demográficas e clínicas, utilizando medidas de tendência central e de dispersão (média, mediana e desvio padrão) para as variáveis quantitativas (numéricas) e de frequência absoluta e relativa (porcentagem) para as variáveis categóricas. A hipótese de normalidade da distribuição dos dados gerados pelos questionários HAQ, WHOQOL-Abreviado e FSFI foi avaliada pelo teste Shapiro-Wilk. Como não foi observada distribuição normal para pelo menos um domínio de cada questionário, eles foram estudados através de testes estatísticos não-paramétricos. Para avaliação das associações entre atividade da doença, incapacidade funcional, qualidade de vida e função sexual foi realizada análise bivariada, utilizado o Coeficiente de Correlação Linear de *Spearman* para comparações entre variáveis quantitativas. Esta análise foi expressa em valores de r , referentes ao resultado da correlação e em valores de p , considerando-se um nível de significância quando $p < 0,05$. Para análise das diferenças das médias entre dois grupos foi utilizado o teste de Willcoxon e para análise multivariada foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis seguido de Mann-Whitney.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização demográfica, social e clínica

Quanto ao aspecto sócio-demográfico, as participantes (n=64) apresentaram idade média de $49,6 \pm 11,6$ anos (variando de 28 a 80 anos). O tempo de doença era em média $13,3 \pm 11,4$ anos (variando de 1 a 38 anos). O início da doença ocorreu em média aos $37,2 \pm 16,0$ anos de idade (variando de 18 a 63). Quanto à cor de pele auto-referida, a grande maioria considerava-se branca ($29/64=45,3\%$) ou parda ($30/64=46,9\%$); enquanto uma pequena porcentagem se disse da cor preta ($3/64=4,7\%$) e amarela ($2/64=3,1\%$).

Quanto ao nível educacional, 51,5% ($33/64$) tinha ensino fundamental incompleto, sendo que 21,2% dessas ($7/33$) era analfabeta, 18,8% das participantes ($12/64$) tinha ensino fundamental completo, 23,5% ($15/64$) tinha ensino médio completo e apenas 6,2% ($4/64$) tinha ensino superior completo. A renda familiar média encontrada foi de $2,4 \pm 1,8$ salários mínimos. Sendo que 7,8% ($5/64$) tinha renda familiar inferior a um salário mínimo, 51,6% ($33/64$) tinha renda familiar entre 1 e 2 salários, 26,5% ($17/64$) tinha renda familiar entre 2,5 e 3,5 salários e 14,1% ($9/64$) tinha renda familiar acima de 4 salários mínimos.

Quanto às morbidades associadas, 45,3% ($29/64$) estava em uso de medicação anti-hipertensiva, 10,9% ($7/64$) estava em uso de hipoglicemiantes orais e/ou insulina e 10,9% ($7/64$) em uso regular de hormônios tireoidianos. 20,3% ($13/64$) estava em uso de antidepressivos ou ansiolíticos receitados por psiquiatras. O IMC médio encontrado foi de $26,4 \pm 5,1$ kg/m² (variando de 16,8 a 41,9). Observamos obesidade em 26,6% ($17/64$) da amostra estudada, sendo 1,6% ($1/64$) obesidade mórbida.

Encontramos poucas tabagistas ($8/64=12,5\%$) e uma única etilista ($1/64=1,6\%$) no grupo pesquisado. Encontramos 39,1% ($25/64$) das pacientes sem qualquer comorbidade ou agravo à saúde.

Todas faziam uso continuado de alguma medicação, 65,6% (42/64) usava regularmente anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), 56,3% (36/64) usava analgésicos, 65,6% (42/64) usava corticosteroides, todas (100%) usavam alguma Droga Antirreumática Modificadora da Doença (DARMD). 17,1% das pacientes (11/64) usava 1 a 3 medicamentos, 28,1% (18/64) usava entre 4 e 5 medicamentos e 46,9% (30/64) fazia uso de 6 ou mais medicamentos, com 7,8% das pacientes (5/64) usando 10 ou mais medicamentos diários. A média encontrada foi de 5,6 medicamentos por paciente por dia.

A distribuição das características sócio-demográficas da amostra estudada é apresentada na tabela 1.

Tabela 1. Características sócio-demográficas e clínicas da amostra (n = 64)

Cor	n	%
Amarela	2	3,1
Branca	29	45,3
Parda	30	46,9
Preta	3	4,7
Total	64	100

Nível de instrução	n	%
Analfabetas/fundamental incompleto	33	51,5
Fundamental completo/médio incompleto	12	18,8
Médio completo/superior incompleto	15	23,5
Superior completo	4	6,2
Total	64	100

Renda	n	%
< 1 salário mínimo	5	7,8
1 a 2 salários	33	51,6
2,5 a 3,5 salários	17	26,5
Acima de 4 salários	9	14,1
Total	64	100

4.2. Caracterização do estado marital, da história reprodutiva e da atividade sexual

Em relação ao estado marital mais da metade das participantes do estudo era casada ou amasiada ($40/64=62,5\%$), enquanto $23,4\%$ ($15/64$) era separada ou divorciada e $10,9\%$ ($7/64$) viúva. Somente $3,1\%$ ($2/64$) das participantes estava solteira.

Observamos que apenas $4,7\%$ ($3/64$) das mulheres era nulípara (1 solteira e 2 menopausadas) e encontramos $29,7\%$ ($19/64$) com 1 a 2 filhos, $43,7\%$ ($28/64$) com 3 a 4 filhos, $21,9\%$ ($14/64$) com 5 ou mais filhos, média de $3,3 \pm 2,0$ gestações por mulher. Um quarto das pacientes ($16/64$) teve um parto cesariano e $28,1\%$ ($18/64$) teve mais de uma cesariana. Cerca de um sexto delas ($12/64=18,7\%$) teve um abortamento e $4,7\%$ ($3/64$) teve mais de um, sendo que uma paciente ($1,6\%$) teve 5 abortamentos.

Um pouco mais da metade das pacientes ($36/64=56,2\%$) das participantes se encontrava na menopausa, com tempo médio de amenorreia de $9,5 \pm 10,6$ anos. Somente $11,1\%$ ($4/36$) das mulheres menopausadas estavam fazendo terapia de reposição estrogênica (TRH).

Encontramos $68,8\%$ mulheres ($44/64$) em relacionamento afetivo por mais de um ano no momento do estudo, que consideramos sexualmente ativas, com tempo médio de relacionamento de $22,7$ anos $\pm 13,9$ (variando de 1 a 58). A distribuição da amostra pelo estado marital e história reprodutiva são mostradas na tabela 2.

Tabela 2. Estado marital e história reprodutiva (n=64)

Estado Marital	n	%
Solteiras	2	3,1
Amasiadas/casadas	40	62,5
Separadas/divorciadas	15	23,5
Viúvas	7	10,9
Total	64	100

Partos e abortamentos	n	%
Nulíparas	3	4,7
1 a 2 filhos	19	29,7
3 a 4 filhos	28	43,7
5 a 7 filhos	11	17,2
8 ou mais filhos	3	4,7
1 cesariana	16	25
2 ou mais cesarianas	18	28,1
1 abortamento	12	18,7
2 ou mais abortamentos	3	4,7

4.3. Avaliação da atividade da doença através do DAS-28

Foi constatado um DAS 28 médio de $4,69 \pm 1,53$ (mediana 4,65; taxa de 1,61 - 7,63). A distribuição das pacientes segundo o valor do DAS 28 aparece na tabela 3. Cerca de um quarto das pacientes, 23,4% (15/64) das pacientes estava em remissão ou com baixa atividade da doença (DAS 28 menor ou igual a 3,6), 42,2% (27/64) encontrava-se com atividade moderada e 34,4% (22/64) apresentava uma atividade intensa da artrite reumatoide no momento da entrevista. Não encontramos diferença entre os escores do

grupo sem comorbidades (25/64=39,1%), cuja média do DAS-28 foi de $4,69 \pm 1,48$, e o grupo com alguma comorbidade.

Tabela 3. Atividade da artrite reumatoide de acordo com o DAS-28 (n=64)

DAS 28	n	%
Remissão ($\leq 2,4$)	5	7,8
Atividade leve ($> 2,4 \leq 3,6$)	10	15,6
Atividade moderada ($> 3,6 \leq 5,5$)	27	42,2
Atividade intensa ($> 5,5$)	22	34,4
Total	64	100

DAS 28: Disease Activity Score.

4.4. Avaliação do estado funcional através do HAQ

A análise do estado funcional avaliado por meio do HAQ mostrou uma média de $1,39 \pm 0,83$ (mediana 1,37; taxa de 0 - 3); 32,8% (21/64) das pacientes apresentava uma afecção com incapacidade funcional leve ($HAQ \leq 1$), 42,1% (27/64) apresentava incapacidade moderada ($1 < HAQ \leq 2$) e 25% (16/64), incapacidade grave ($HAQ > 2$). O grupo de pacientes sem comorbidades (25/64=39,1%) apresentou um média de $1,29 \pm 0,72$, sem diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo com alguma comorbidade. A porcentagem das participantes classificadas por grau de incapacidade funcional avaliada pelo HAQ e a frequência das respostas das participantes nos seus 8 componentes são mostradas nas figuras 1 e 2.

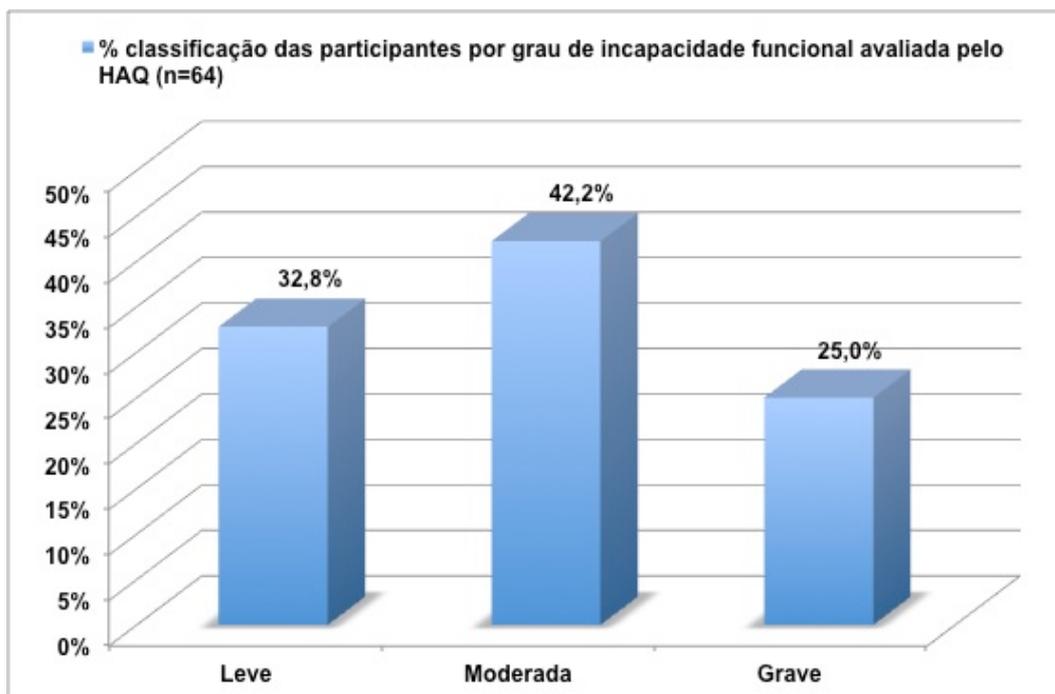


Figura 1. Porcentagem das participantes classificadas por grau de incapacidade funcional avaliada pelo HAQ.

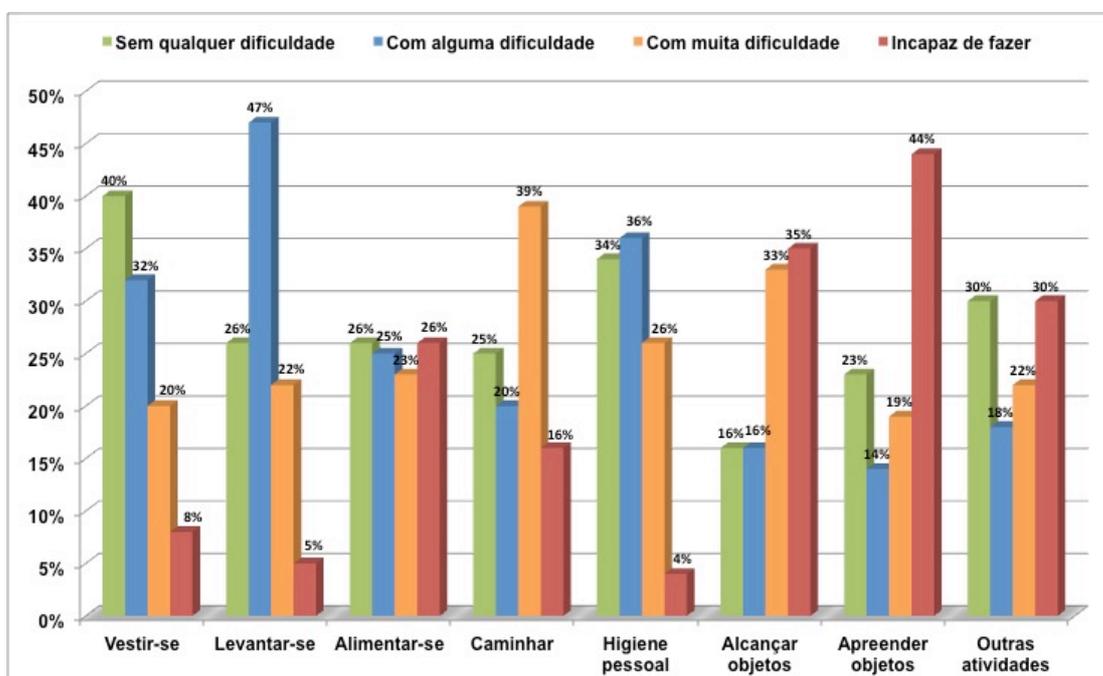


Figura 2. Porcentagem de respostas das participantes nos componentes do HAQ.

4.5. Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL abreviado

A avaliação da qualidade de vida dos pacientes pelo WHOQOL, em um escore de 0 a 100, mostrou que as pacientes apresentaram média de $42,6 \pm 15,6$ no domínio físico, $60,6 \pm 13,8$ no domínio psicológico, $66,5 \pm 14,5$ no domínio social e $53,5 \pm 15,4$ no domínio ambiental, conforme mostrado na figura 3. Encontramos uma média significativamente menor do domínio físico do WHOQOL em relação aos demais domínios ($p=0,01$) e uma média menor do domínio ambiental ($p=0,01$) e relação aos domínios psicológico e social, que não mostraram diferença entre suas médias.

Não percebemos diferença em relação ao grupo sem comorbidades ($25/64=39,1\%$), que apresentou médias de $41,5 \pm 17,5$, $57,7 \pm 19,1$, $68,0 \pm 13,3$ e $50,8 \pm 15,6$ nos domínios físico, psicológico, social e ambiental do WHOQOL, respectivamente. Apenas o grupo de pacientes com ansiedade e/ou depressão apresentou menor escore no domínio psicológico do WHOQOL que o grupo sem ansiedade ou depressão, com uma média de $53,8 \pm 10,1$ ($p<0,05$).

Notamos correlação linear inversa significativa da satisfação com a saúde avaliada pelo WHOQOL com o número de gestações ($r = -0,42$, $p = 0,05$) e o número de medicamentos em uso ($r = -0,29$, $p=0,02$), assim como do domínio físico com o número de medicamentos ($r = -0,33$, $p = 0,01$). Encontramos correlação linear positiva da renda com o domínio físico do WHOQOL ($r = 0,24$, $p=0,05$), assim como do domínio ambiental com a renda ($r = 0,36$, $p<0,0001$) e o tempo de estudo ($r = 0,26$, $p=0,03$).

Das facetas do domínio social, a faceta vida sexual foi a que apresentou menor média $2,5 \pm 1,2$, contra $3,9 \pm 0,7$ da faceta relações sociais e $3,7 \pm 0,7$ da faceta apoio social ($p<0,001$). As médias das avaliações nas facetas que compõem os domínios do WHOQOL abreviado são mostradas nas figuras 4, 5, 6 e 7.

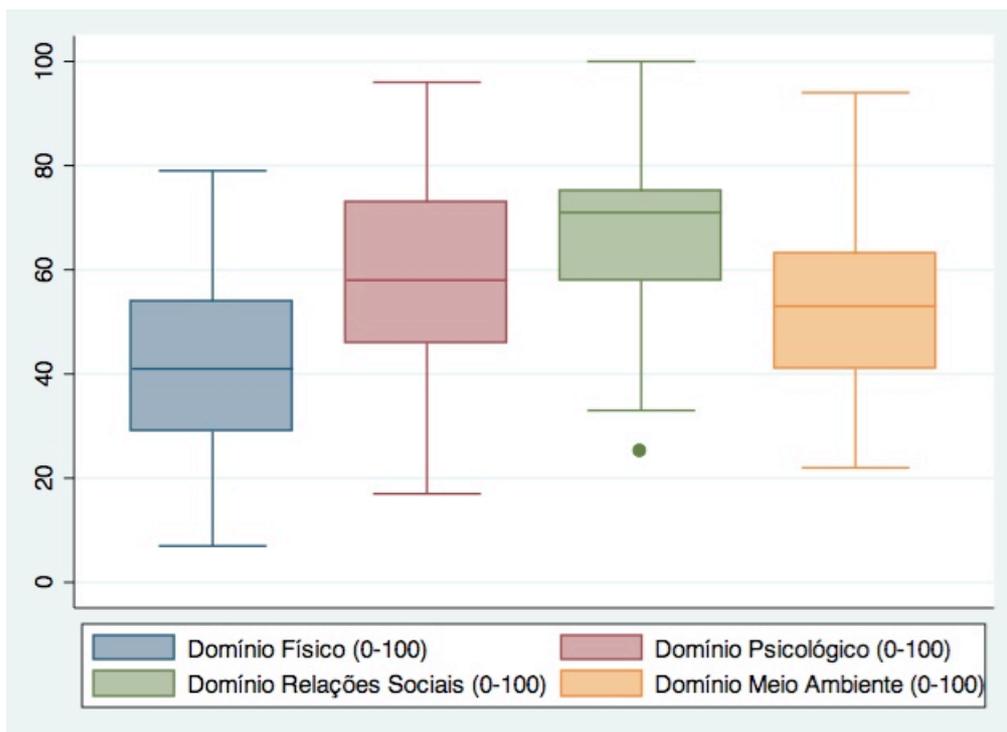


Figura 3. Médias de pontuação nos domínios que compõe o *WHOQOL* abreviado (n=64).

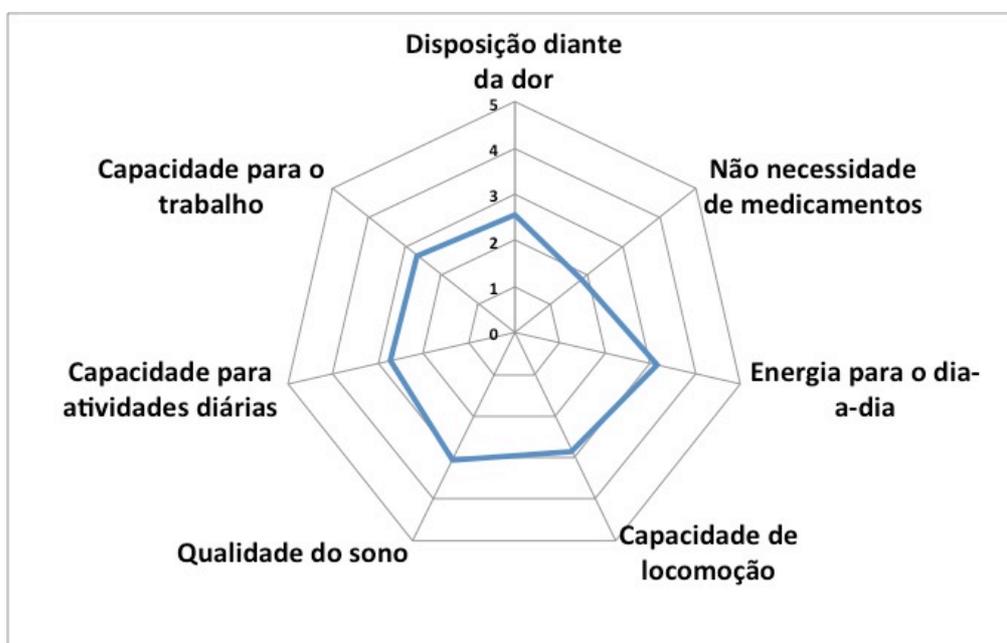


Figura 4. Médias das avaliações nas facetas do domínio físico do *WHOQOL* abreviado (n=64).

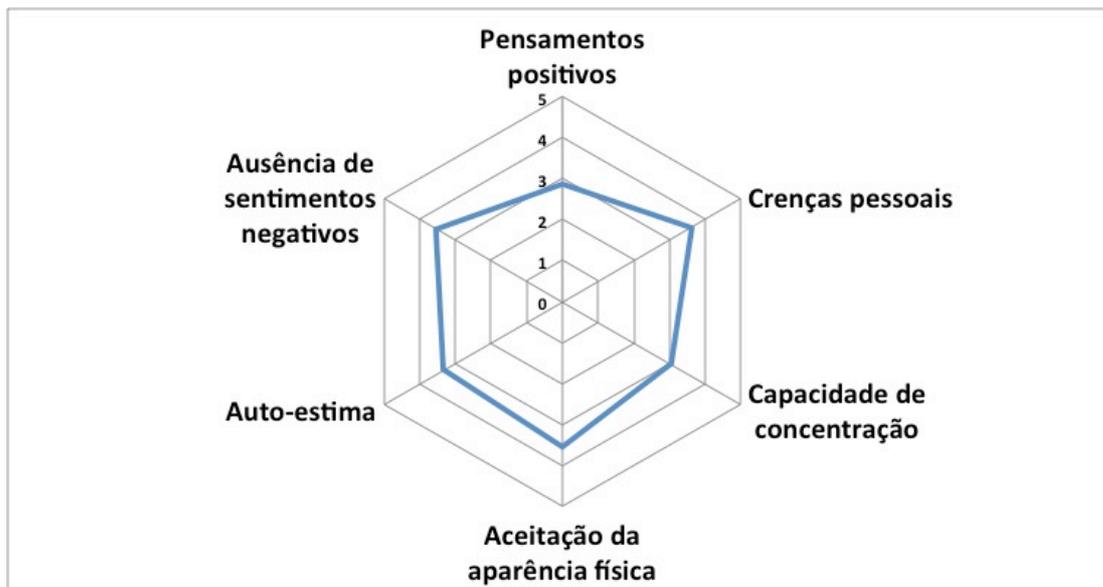


Figura 5. Médias das avaliações nas facetas do domínio psicológico do *WHOQOL* abreviado (n=64).

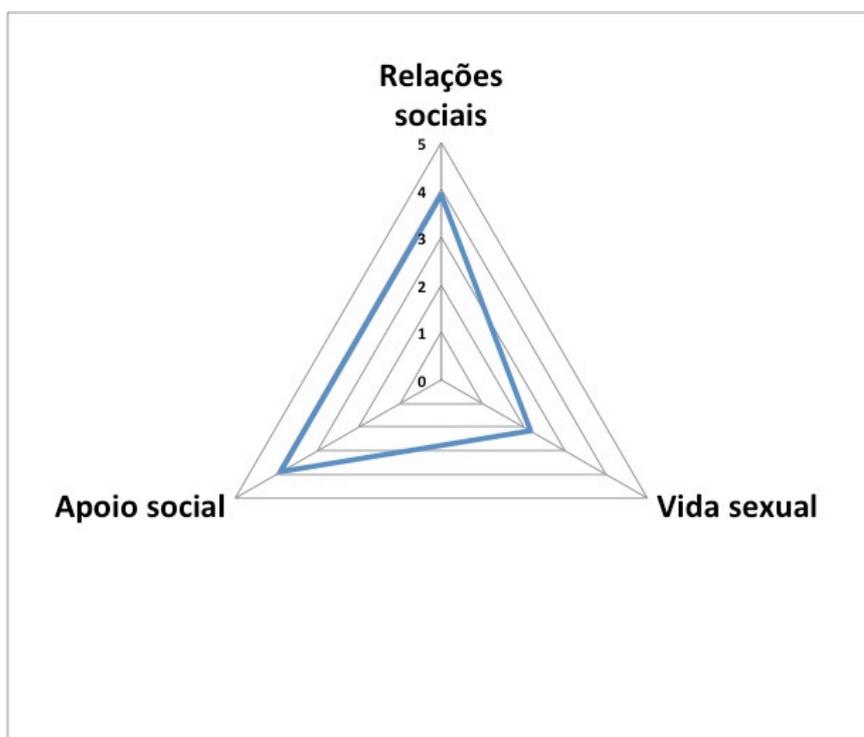


Figura 6. Médias das avaliações nas facetas do domínio relações sociais do *WHOQOL* abreviado (n=64).

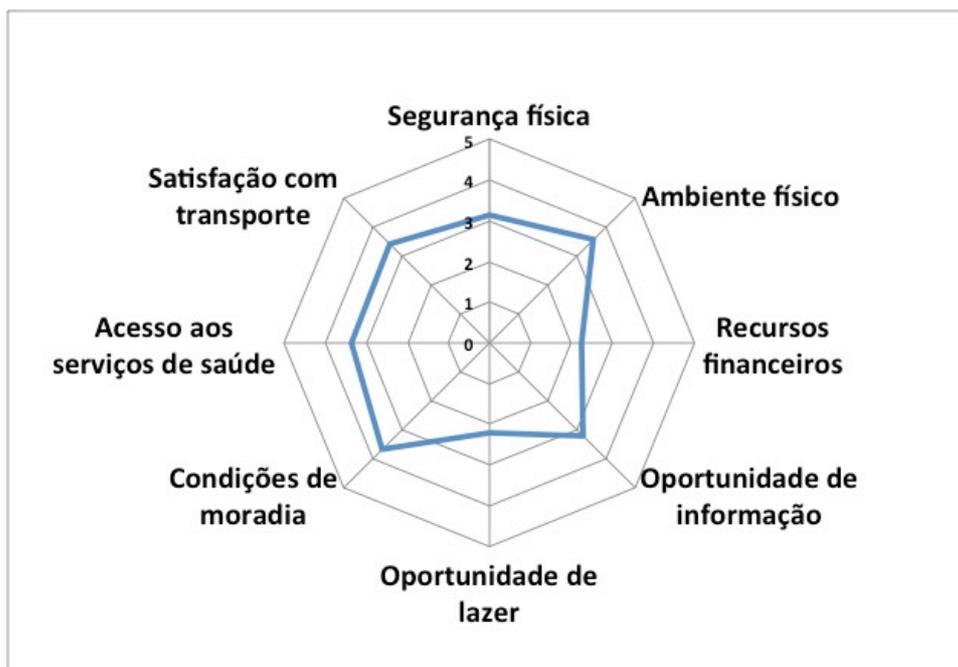


Figura 7. Médias das avaliações nas facetas do domínio meio ambiente do *WHOQOL* abreviado (n=64).

As frequências das respostas das participantes nas duas questões gerais estão dispostas nas figuras 8 e 9.

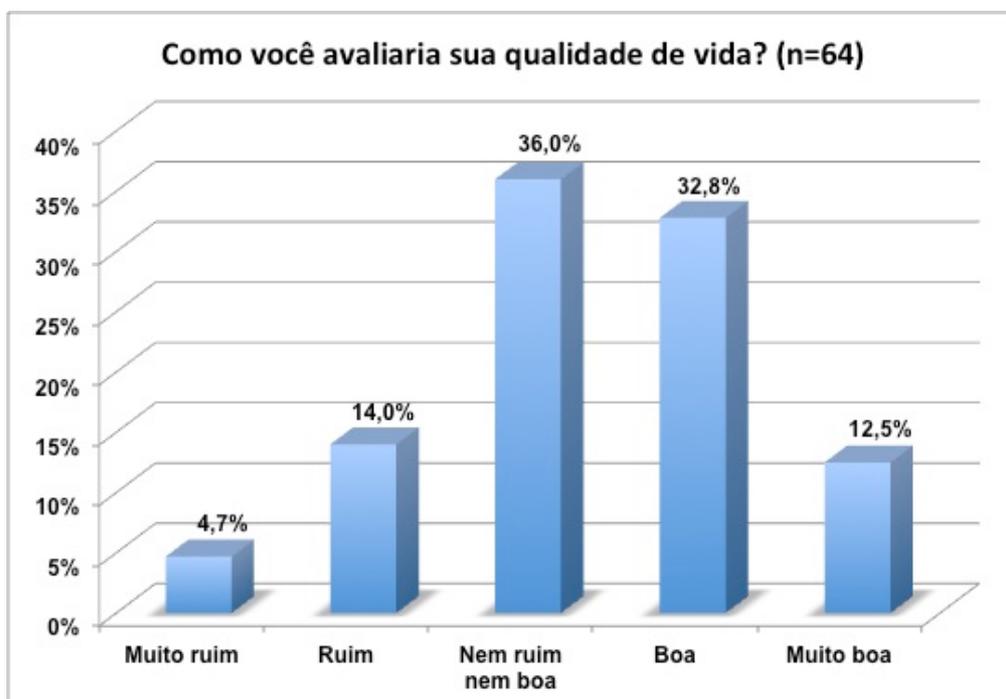


Figura 8. Avaliação geral da qualidade de vida do *WHOQOL* abreviado (n=64).

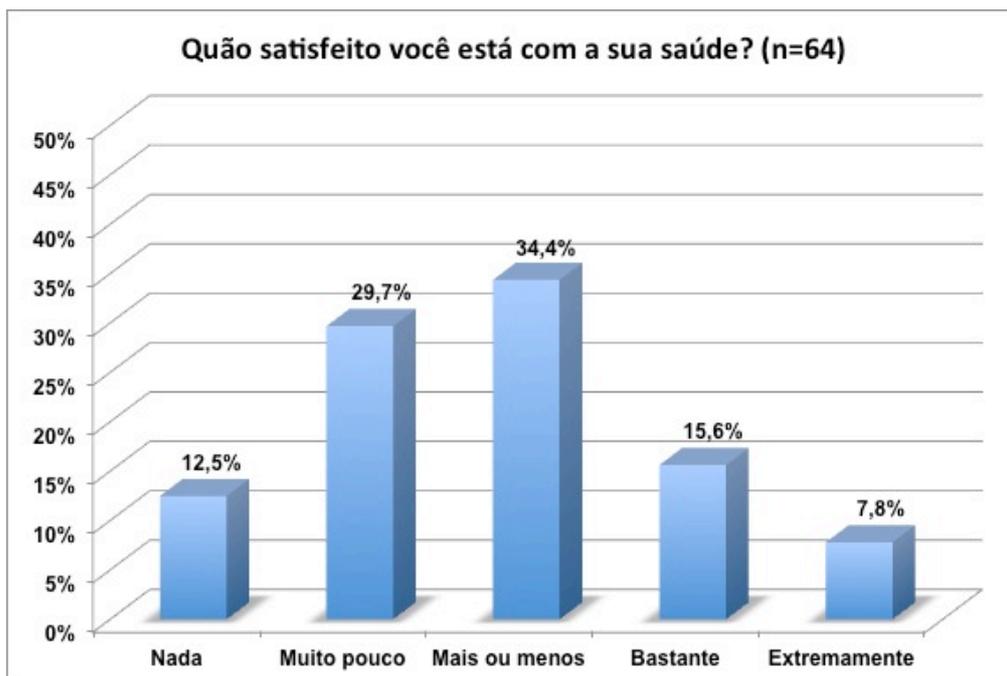


Figura 9. Avaliação geral da condição de saúde do *WHOQOL* abreviado (n=64).

Quanto a satisfação com a vida sexual avaliada no domínio social do WHOQOL, notamos que a grande maioria das participantes (48/64=74,9%) respondeu estar muito pouco ou nada satisfeita com sua vida sexual. Somente 21,9% (14/64) respondeu estar bastante ou extremamente satisfeita com a mesma (Figura 10). Encontramos proporções semelhantes nas frequências das respostas das participantes sem comorbidades, das quais 68% (17/25) respondeu estar muito pouco ou nada satisfeita em relação à vida sexual.

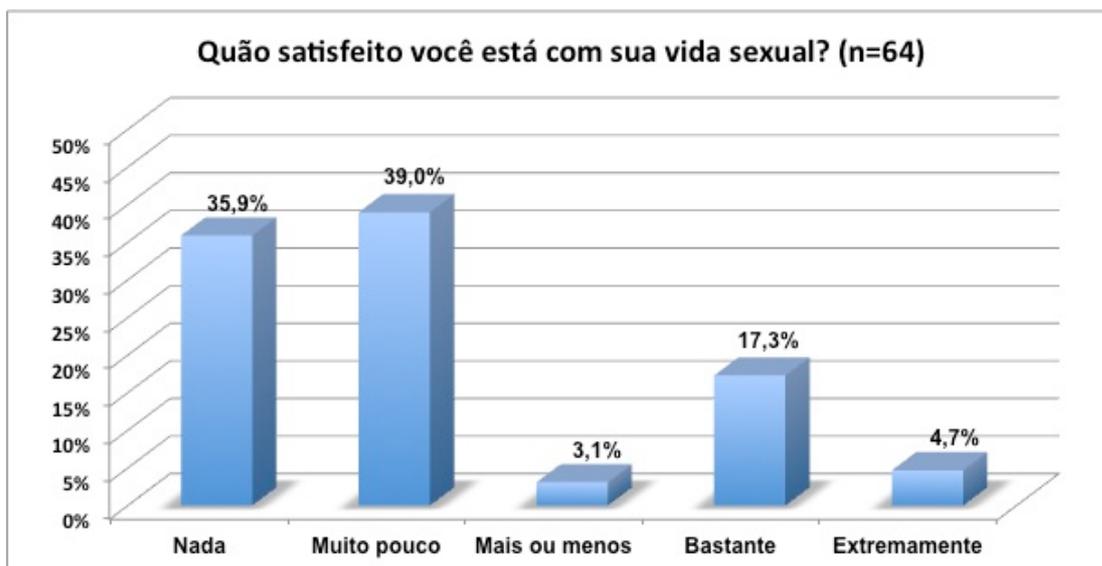


Figura 10. Avaliação geral da vida sexual do *WHOQOL* abreviado (n=64).

4.6. Avaliação da função sexual através do FSFI

O Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) médio observado nas participantes desse estudo (n=64) foi de $17,1 \pm 11,7$ (taxa de 2 - 33,3), sendo que encontramos 70,3% (45/64) das mulheres com pontuação no FSFI menor que 26, que representa a faixa do escore associada à disfunção sexual.

Cerca de um terço das pacientes (20/64=31,3%) não tinha relacionamento afetivo no ano anterior ao estudo. Nessas mulheres, que consideramos sexualmente inativas, o FSFI médio foi $3,7 \pm 1,42$ (taxa de 2 - 5,6), uma vez que nesse grupo só são pontuados os componentes de desejo e satisfação sexual do FSFI. Por outro lado, entre as mulheres que consideramos sexualmente ativas (44/64=68,7%), o FSFI médio foi $23,2 \pm 8,8$ (taxa de 2 - 33,3) e nesse grupo observamos mais da metade das pacientes (27/44=61,4%) com escore abaixo de 26, conforme mostra a figura 11.

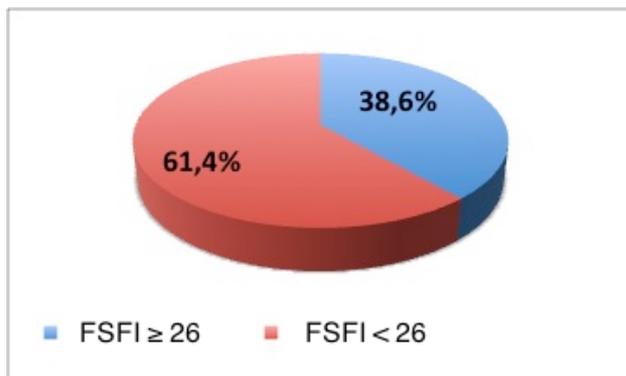


Figura 11. Percentual das pacientes sexualmente ativas (n=44) com disfunção sexual (FSFI<26).

Não encontramos nas pacientes sexualmente ativas diferença entre as médias dos domínios desejo e excitação do FSFI, mas entre a média do domínio desejo com as dos domínios lubrificação ($p=0,05$), orgasmo ($p=0,03$), satisfação e dor ($p<0,0005$). Não observamos diferença entre as pontuações dos domínios orgasmo, satisfação e dor, mas entre a desse último e as dos três primeiros domínios ($p=0,05$). As médias de pontuação nos diversos componentes da função sexual avaliada pelo FSFI de acordo com atividade sexual são apresentadas na tabela 4 e nas figuras 12 e 13.

Tabela 4. Média da pontuação nos domínios da função sexual do FSFI de acordo com a atividade sexual (2 - 36) \pm DP (n=64)

Atividade Sexual	Ativas (44 = 68,7%)	Inativas (20 = 31,3%)
Desejo/Libido (1,2 - 6)	3,1 \pm 1,4	1,8 \pm 1,1
Excitação (0 - 6)	3,4 \pm 1,7	0
Lubrificação (0 - 6)	3,8 \pm 2,0	0
Orgasmo (0 - 6)	3,9 \pm 1,9	0
Satisfação (0,8 - 6)	4,3 \pm 1,2	1,9 \pm 1,1
Dor (0 - 6)	4,7 \pm 2,0	0
Total	23,2 \pm 8,7	3,7 \pm 1,4

FSFI: Female Sexual Function Index.

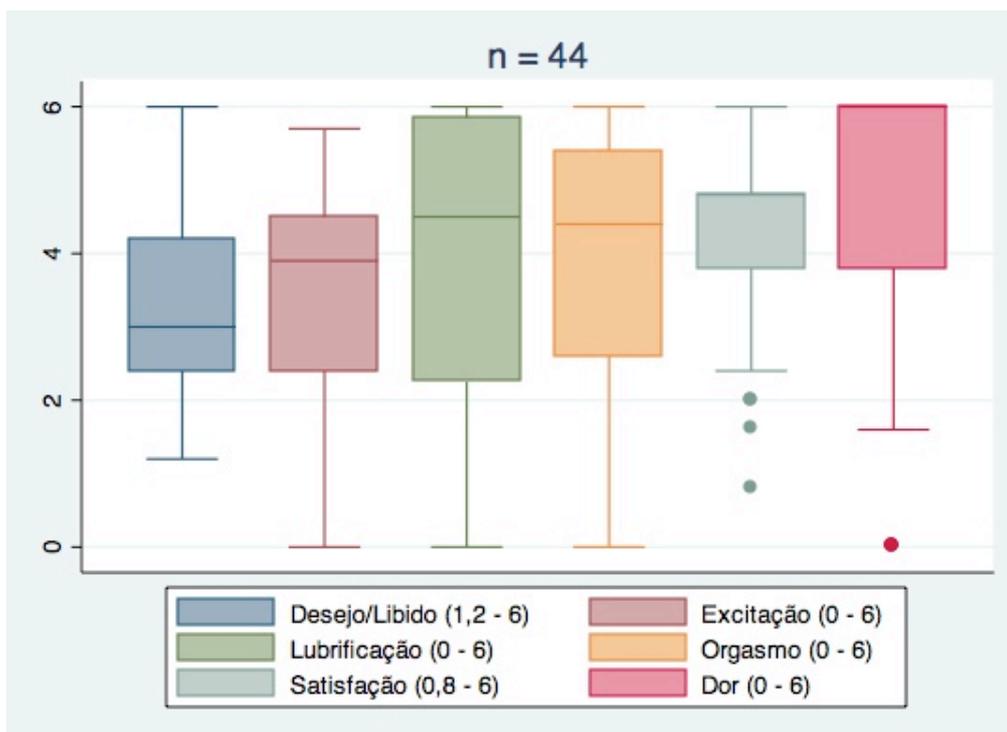


Figura 12. Médias de pontuação nos domínios que compõe o FSFI nas participantes sexualmente ativas (n=44).

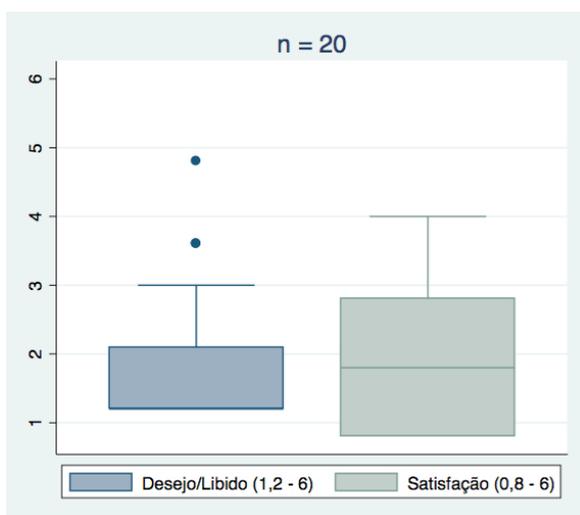


Figura 13. Médias de pontuação nos domínios desejo e satisfação do FSFI nas participantes sexualmente inativas (n=20).

Também encontramos diferença significativa entre a média de pontuação do FSFI das mulheres sexualmente ativas na menopausa, que pontuaram $19,9 \pm 9,4$, em relação às aquelas na menacme, que apresentaram média de $26,5 \pm 6,8$ ($p=0,01$).

4.7. Efeito das características sócio-demográficas e clínicas sobre a função sexual avaliada pelo FSFI

Notamos correlação linear inversa significativa entre a idade e o escore do FSFI ($r = -0,53$, $p < 0,0001$), o que sugere que quanto mais velha a paciente maior a chance de apresentar disfunção sexual. O contrário acontece com os anos de estudo, que apresentaram correlação linear positiva com o FSFI ($r = 0,39$, $p < 0,0001$), ou seja, a função sexual avaliada foi melhor quanto maior a escolaridade.

Não observamos diferença entre o grupo de pacientes sem comorbidades ($25/64=39,1\%$), no qual encontramos média de $19,4 \pm 11,2$, com 68% ($17/25$) com escore abaixo de 26, e o grupo com alguma comorbidade. Notamos apenas diferença entre as médias do FSFI quando comparamos o grupo de pacientes com ansiedade e/ou depressão, que teve uma média de $11,8 \pm 10,2$ em relação ao grupo sem ansiedade ou depressão, que apresentou $17,4 \pm 11,2$ ($p=0,05$).

4.8. Efeito da incapacidade funcional avaliada pelo HAQ sobre a função sexual avaliada pelo FSFI

Observamos relação linear inversa significativa entre o escore do HAQ e a pontuação do FSFI ($r = -0,31$, $p = 0,01$), ou seja, quanto maior a incapacidade determinada pela doença, maior o risco de disfunção sexual. Essa correlação e a do escore do HAQ com os domínios do FSFI é apresentada na tabela 5, enquanto a correlação entre o FSFI e os componentes do HAQ é apresentada na tabela 6. Os domínios do FSFI que se mostraram mais afetados pela incapacidade funcional foram o desejo, a excitação e a lubrificação, enquanto os componentes do HAQ mais negativamente associados à função sexual foram a

limitação para se vestir, se levantar, caminhar, alcançar e apreender objetos e outras atividades.

Tabela 5. Coeficiente de correlação linear entre o escore do HAQ e o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) e seus domínios (n=64).

Domínio	HAQ
Desejo	$r = -0,34, p = 0,005 *$
Excitação	$r = -0,31, p = 0,01 *$
Lubrificação	$r = -0,28, p = 0,03 *$
Orgasmo	$r = -0,22, p = 0,08$
Satisfação	$r = -0,23, p = 0,07$
Dor	$r = -0,22, p = 0,07$
FSFI Total	$r = -0,31, p = 0,01 *$

Tabela 6. Coeficiente de correlação linear entre os componentes do HAQ e o FSFI (n=64).

Componentes HAQ	FSFI
Vestir-se	$r = -0,29, p = 0,02 *$
Levantar-se	$r = -0,27, p = 0,03 *$
Alimentar-se	$r = -0,13, p = 0,30$
Caminhar	$r = -0,26, p = 0,04 *$
Higiene pessoal	$r = -0,19, p = 0,13$
Alcançar objetos	$r = -0,26, p = 0,04 *$
Apreender objetos	$r = -0,27, p = 0,03 *$
Outras atividades	$r = -0,30, p = 0,01 *$
Total	$r = -0,31, p = 0,01 *$

As diferenças entre as médias do escore total do FSFI e dos escores de seus domínios nas pacientes (n=64) de acordo com a classificação do grau de deficiência funcional avaliada pelo HAQ são mostradas nas figuras 14 e 15 respectivamente. Encontramos o grupo com deficiência grave com escore significativamente menor que os grupos com deficiência leve e moderada ($p < 0,03$), não apresentando esses dois últimos diferença entre seus escores.

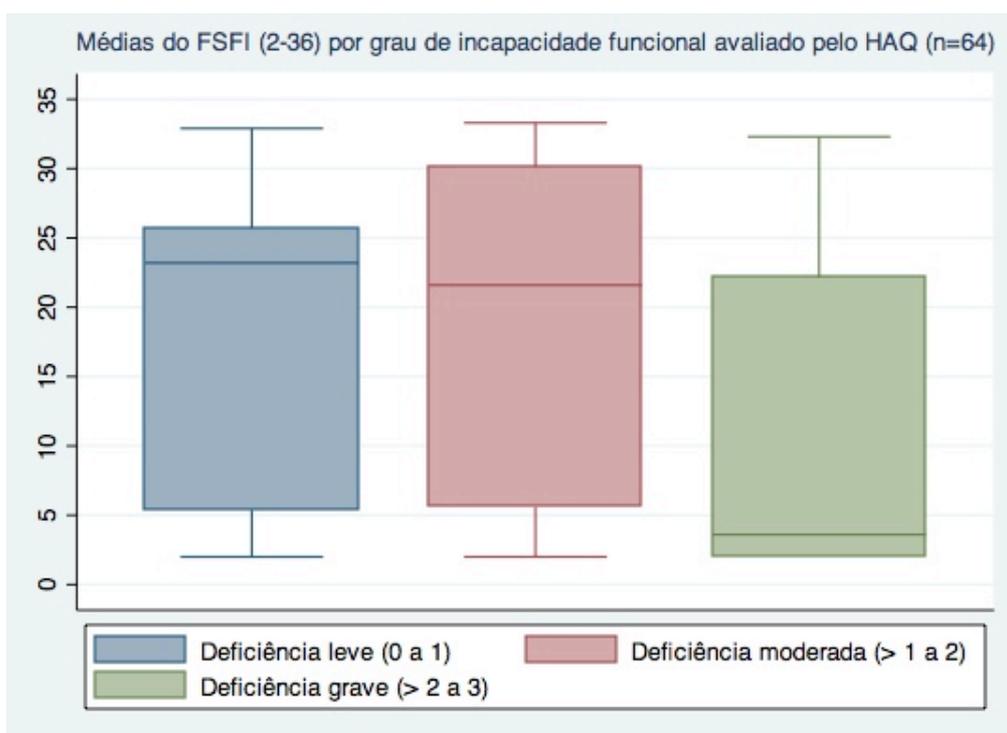


Figura 14. Médias de pontuação do FSFI por grau de deficiência funcional avaliada pelo HAQ (n=64).

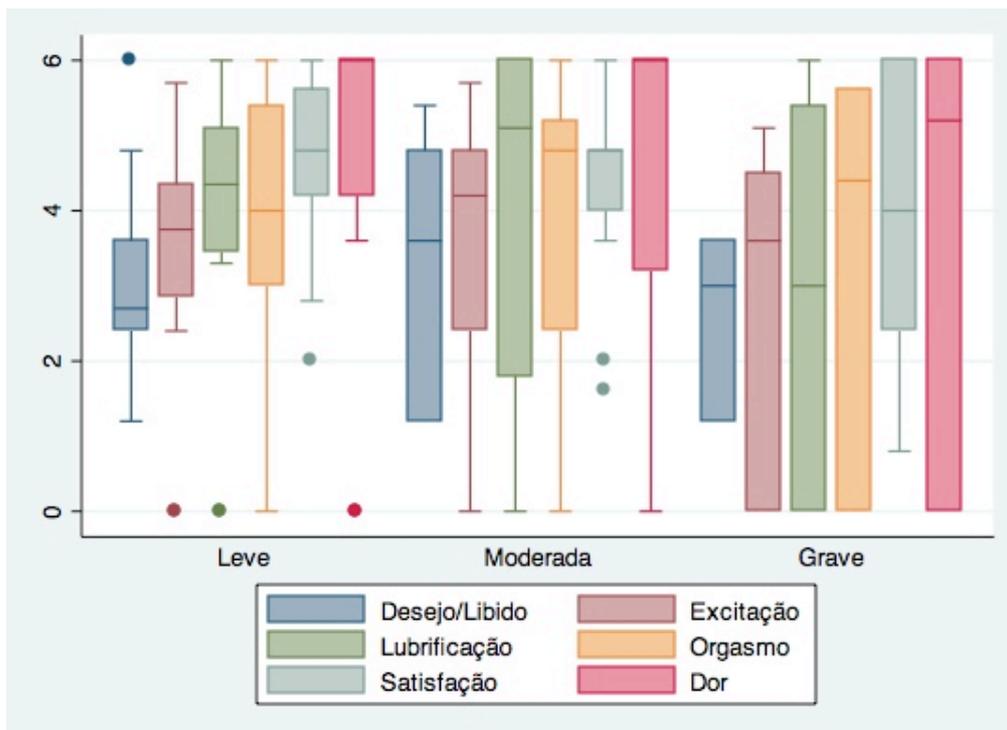


Figura 15. Médias de pontuação dos domínios do FSFI por grau de deficiência funcional avaliado pelo HAQ (n=64).

4.9. Efeito da disfunção sexual avaliada pelo FSFI e a qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL abreviado

A correlação linear entre o escore do FSFI e os domínios do WHOQOL são mostrados na tabela 7, onde observamos correlação positiva significativa apenas entre o domínio satisfação do FSFI e o domínio psicológico do WHOQOL ($r = 0,24$, $p = 0,05$).

Tabela 7. Coeficiente de correlação linear entre os domínios do FSFI e os domínios do WHOQOL (n=64).

WHOQOL	Físico	Psicológico	Social	Ambiente
Desejo	r = 0,17, p=0,19	r = 0,20, p=0,12	r = -0,07, p=0,53	r = 0,14, p=0,26
Excitação	r = -0,02, p=0,89	r = 0,22, p=0,07	r = -0,02, p=0,83	r = 0,08, p=0,27
Lubrificação	r = -0,02, p=0,87	r = 0,22, p=0,08	r = 0,003, p=0,98	r = 0,09, p=0,47
Orgasmo	r = -0,02, p=0,88	r = 0,20, p=0,10	r = -0,05, p=0,67	r = 0,08, p=0,48
Satisfação	r = 0,08, p=0,53	r = 0,24, p=0,05*	r = 0,05, p=0,67	r = 0,17, p=0,35
Dor	r = -0,03, p=0,81	r = 0,18, p=0,14	r = -0,10, p=0,41	r = 0,18, p=0,19
FSFI	r = 0,02, p=0,87	r = 0,23, p=0,06	r = -0,04, p=0,74	r = 0,08, p=0,53

4.10. Diferenças entre os grupos de pacientes sexualmente inativas e ativas com e sem disfunção sexual

Comparando as pacientes sexualmente inativas (n=20/64) com as ativas (n=44/64) com disfunção sexual (n=27/44) e aquelas ativas sexualmente sem disfunção (n=17/44), não observamos diferenças significativas entre os grupos em relação à cor auto-referida, ao IMC e ao número de medicações em uso, porém notamos algumas diferenças importantes entre os grupos.

As pacientes com FSFI < 26 eram mais velhas que as do grupo sem disfunção sexual (p=0,03). As pacientes sexualmente ativas sem disfunção sexual, tinham tempo médio de relacionamento de $17,1 \pm 10,2$ anos enquanto nas com disfunção esse tempo foi de $26,1 \pm 12,5$ anos (p=0,03). O início de doença ocorreu mais tardiamente nas pacientes sexualmente inativas (p=0,01). Essas diferenças são apresentadas na tabela 8.

Tabela 8. Características sócio-demográficas das pacientes de acordo com a atividade sexual e o escore do FSFI (n=64).

FSFI	Inativas	< 26	≥ 26	
Função sexual		Disfunção	Sem disfunção	p
Número (%)	20 (31,2)	27 (42,2)	17 (26,6)	_____
Idade média	54,25 ± 10,54	50,6 ± 11,5	42,7 ± 10,1	0,03
Tempo relacionamento	_____	26,1 ± 12,5	17,1 ± 10,2	0,03
Tempo doença	9,3 ± 7,7	12,1 ± 4,9	10,0 ± 4,1	0,10
Idade início AR	46,6 ± 10,5	35,8 ± 15,2	32,8 ± 16,2	0,01
Anos de estudo	5,1 ± 4,4	7,1 ± 4,3	8,7 ± 4,4	0,05
Renda média	2,2 ± 1,3	2,3 ± 1,5	3,1 ± 2,5	0,20

Em relação a menopausa, observamos que 70% (14/20) pacientes sexualmente inativas estavam em menopausa, como também, 59,3% (16/27) das pacientes sexualmente ativas com FSFI < 26. Cerca de 29,4% (5/17) das pacientes com FSFI > 26 não apresentava ciclos menstruais por mais de 1 ano (p=0,05). O tempo de menopausa nos grupos de mulheres sexualmente inativas, ativas com disfunção e ativas sem disfunção sexual foi de 11,1 ± 9,1, 9,9 ± 13,1 e 5,6 ± 5,2 anos respectivamente (p=0,4).

Em relação ao estado civil, observamos que todas as viúvas (n=7) e a maioria das separadas/divorciadas (13/15=86,7%) estava no grupo das pacientes sexualmente inativas. Somente 2 pacientes separadas/divorciadas estavam em relacionamento estável no último ano, uma com FSFI > 26 e outra com FSFI < 26. Por outro lado, todas as duas pacientes solteiras estavam entre as sexualmente ativas, uma com disfunção sexual e outra sem.

A história obstétrica mostrou que as pacientes sem relacionamento estável no ano anterior tiveram em média 4,3 ± 2,2 gestações, as sexualmente ativas com disfunção sexual estiveram 3,0 ± 1,9 vezes grávidas e as ativas sem disfunção 3 ± 1,4 vezes (p=0,04). Sendo que as primeiras tiveram 2,9 ± 1,9 partos vaginais, as segundas 1,7 ± 2,3 e as últimas 2,0 ± 1,7 (p=0,05). Já a média de cesarianas foi de 0,9 ± 1,1; 1,1 ± 0,9 e 0,6 ± 1,1 nos três grupos respectivamente (p=0,20).

Na tabela 9 mostramos que as pacientes sexualmente inativas e as ativas com disfunção sexual apresentaram pior capacidade funcional avaliada pelo HAQ simplificado em relação às aquelas sexualmente ativas sem disfunção ($p=0,05$), não mostrando porém diferença entre si. Além disso sua qualidade de vida observada pelo WHOQOL abreviado foi significativamente mais comprometida nos domínios social ($p=0,05$) e ambiental ($p=0,05$) do WHOQOL no grupo de mulheres sexualmente ativas com disfunção sexual em relação ao grupo sem disfunção.

Tabela 9. DAS-28, HAQ e WHOQOL das pacientes de acordo com a atividade sexual e o escore do FSFI (n=64).

FSFI Função sexual	Inativas	< 26 Disfunção	≥ 26 Sem disfunção	p
Número (%)	20 (31,2)	27 (42,2)	17 (26,6)	_____
DAS	4,57 ± 1,4	5,31 ± 1,2	4,76 ± 0,8	p=0,10
HAQ	1,7 ± 0,95	1,6 ± 0,91	1,1 ± 0,75	p=0,05
WHOQOL Físico	42,1 ± 10,5	38,8 ± 9,5	44,3 ± 12,4	p=0,10
WHOQOL Psicológico	53,4 ± 11,2	54,1 ± 10,2	59,2 ± 11,6	p=0,10
WHOQOL Social	64,4 ± 14,5	63,6 ± 11,7	71,1 ± 13,4	p=0,05
WHOQOL Ambiental	51,6 ± 15,3	50,7 ± 11,3	58,0 ± 13,1	p=0,05

5. DISCUSSÃO

Nesse trabalho observamos na abordagem da função sexual das participantes (n=64) utilizando o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) uma pontuação média de $17,1 \pm 11,7$, valor esse devido à presença de 20 pacientes (31,3%) sem parceiro por um ano no momento do estudo, que consideramos sexualmente inativas, uma vez que nessas só são pontuados os domínios desejo e satisfação do FSFI.

Por outro lado, 2/3 das pacientes encontrava-se sexualmente ativa na época da entrevista. Mesmo esse grupo apresentou uma média de $23,2 \pm 8,8$ no FSFI, com 61,4% (27/44) delas pontuando menos que 26, faixa do escore associada à disfunção sexual. O presente estudo confirma os achados de estudos prévios [60,10,61,59,62,13] sobre o impacto negativo da artrite reumatoide sobre a sexualidade e a qualidade de vida, assim como sua correlação com a disfunção sexual, porém abordando exclusivamente a disfunção sexual feminina, como fizeram Frikha e colaboradores [59] em um estudo que abordou a sexualidade de 10 mulheres casadas, portadoras de artrite reumatoide, utilizando o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI). Eles encontraram um FSFI médio de $19,2 \pm 9,8$, com 70% (7/10) das participantes pontuando abaixo de 26.

Demonstramos que os domínios do FSFI com menor e maior média foram Desejo e Dor (Dispareunia) respectivamente. Além disso, os domínios do FSFI com maior correlação linear negativa com o escore do HAQ, ou seja, os domínios da função sexual mais afetados pela incapacidade funcional em nossa amostra foram o desejo, a excitação e a lubrificação. Esses dados sugerem que a disfunção sexual na maioria de nossas pacientes não envolve dispareunia como demonstrado em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico [58], mas ocorre por diminuição do desejo sexual e conseqüentemente da excitação e lubrificação. Um estudo conduzido em Taiwan [58], avaliando a função sexual de mulheres com lúpus eritematoso sistêmico em baixa a moderada atividade comparada à de controles saudáveis (funcionárias do hospital), encontrou 52,5% (85/162) das participantes sexualmente ativas com disfunção sexual (FSFI < 26) assim como 47,1% (408/867) dos

controles sexualmente ativos. Eles também notaram que as pacientes tinham escores mais baixos que os controles apenas nos domínios lubrificação e dor (dispareunia) do FSFI.

Nesse sentido, este estudo reforça os achados de Abdel-Nasser e colaboradores [6] encontraram apenas 7,7% de suas pacientes sem qualquer perda de desejo sexual, enquanto a diminuição do mesmo foi relatada infrequentemente em 30,7% e frequentemente em 61,6%, incluindo 46,2% que teve perda completa do desejo no mês anterior ao estudo. Segundo Araújo e colaboradores [63], a diminuição do desejo ocorre em 50% a 60% dos pacientes com artrite reumatoide, sendo causada tanto pela indisposição em participar do intercuro sexual por fadiga ou depressão quanto pela aversão à interação sexual pelo medo antecipatório de sentir dor articular. Wachholz e colaboradores [13] concluíram que pacientes com artrite reumatoide mantém-se sexualmente ativos, com frequência e satisfação comparáveis a controles livres da doença, mas atribuem menor importância à vida sexual. Eles apontam limitações funcionais, perda de atratividade e depressão como causas de insatisfação. De acordo com Morley e Tariq [62], a artrite reumatoide em mulheres está associada à diminuição da libido, do orgasmo e à redução na frequência de relações sexuais.

Como tem sido relatado na literatura [4,64,65] envelhecimento feminino e estado pós-menopausa aumentar o risco de disfunção sexual, um fato que se correlaciona com os nossos resultados, uma vez que encontramos correlação linear inversa entre a idade e o FSFI ($p < 0,0001$) e diferença significativa entre a média de pontuação do FSFI das mulheres sexualmente ativas na menopausa e a daquelas na menacme ($p = 0,01$). De acordo com Chedraui e colaboradores [65], durante os períodos peri e pós-menopausa, existe uma elevada incidência de problemas sexuais e as mulheres menopausadas têm 2,3 vezes mais probabilidade de sofrer disfunção sexual quando comparadas às mulheres na menacme. Eles encontraram a disfunção sexual masculina (ejaculação precoce e disfunção erétil) do parceiro, baixa escolaridade e idade como fatores de risco significativos para a disfunção sexual feminina.

Algumas condições médicas relacionadas com a idade também têm sido associadas com a disfunção sexual feminina, tais como hipertensão, diabetes ou cardiopatia [4], o que não observamos no presente estudo. Notamos que a única comorbidade que pareceu interferir negativamente na função sexual de nossas pacientes foi a ansiedade e/ou depressão, uma vez que as pacientes em uso de ansiolíticos ou antidepressivos tiveram

piores escores do FSFI que a média. Segundo Kinzl [66], a disfunção sexual é muito comum entre os pacientes tratados com inibidores seletivos da recaptação da serotonina, sendo que pode ocorrer em 30-70% das mulheres tratadas para depressão maior com os agentes de primeira ou de segunda geração. Por outro lado, observamos que mulheres com taxas mais altas de escolaridade tiveram melhor auto-percepção da sexualidade e melhores taxas de qualidade de vida. Isso pode estar relacionado ao fato dessas pacientes apresentarem mais recursos internos para lidar com a artrite reumatoide, maior apoio familiar e uma noção mais aproximada do impacto da doença.

Em relação à incapacidade funcional determinada pela artrite reumatoide, percebemos em nosso estudo, que os domínios do FSFI com maior correlação linear negativa com o escore do HAQ, ou seja, os domínios da função sexual mais afetados pela incapacidade funcional em nossa amostra foram o desejo, a excitação e a lubrificação. Da mesma forma observamos que os componentes do HAQ mais associados negativamente à função sexual avaliada pelo FSFI foram os mais relacionados aos movimentos das articulações dos quadris e das mãos (vestir, levantar, caminhar, alcançar e apreender objetos). De acordo com Abdel-Nasser e colaboradores [6] o envolvimento da articulação do quadril é um dos maiores determinantes de disfunção sexual e pode exercer um efeito significativo na função sexual independente da incapacidade funcional resultante desse acometimento, uma vez que a limitação da mobilidade dessa articulação torna o intercuro na posição mais comum, face-a-face, difícil, se não impossível. Segundo Morley e Tariq [62], a artrite das mãos pode ainda limitar a capacidade de masturbação.

Mostramos, também, que 74,9% (48/64) das pacientes estudadas relatou estar muito pouco ou nada satisfeita com sua vida sexual no questionário WHOQOL-abreviado, que abordou a qualidade de vida. Em resposta à questão número 21 do WHOQOL “Quão satisfeita você está com sua vida sexual?” tivemos 39% (25/64) das pacientes respondendo “Muito pouco” e 35,9% (23/64) respondendo “Nada”, refletindo o grau de insatisfação da amostra com sua atividade sexual na abordagem da qualidade de vida. Observamos correlação linear positiva significativa apenas entre o domínio satisfação do FSFI e o domínio psicológico do WHOQOL ($r = 0,24$, $p = 0,05$), o que sugere que uma insatisfação com a função sexual possa vir a comprometer a qualidade de vida do ponto de vista psicológico, porém notamos diferenças entre as médias dos domínios do WHOQOL das pacientes sexualmente ativas com e sem disfunção sexual, exceto para o domínio

ambiental, o que pode indicar um efeito da disfunção sexual sobre a qualidade de vida dessas pacientes nos aspectos físico, psíquico e social.

As publicações dos instrumentos HAQ, WHOQOL-abreviado e FSFI propõem suas aplicações na forma de questionário auto-aplicado [36,40,48], mas alguns autores consideram que diferenças no nível educacional e cultural podem afetar a validade desses instrumentos auto-aplicados [67,36,39]. Assim, devido às características socioculturais da amostra estudada, a aplicação em forma de entrevista mostrou-se mais adequada e os instrumentos de avaliação utilizados nesse estudo se mostraram eficazes em abordar as dimensões de atividade da doença, capacidade funcional, qualidade de vida e função sexual, respectivamente, nas pacientes estudadas. A aplicação dos questionários pôde ser realizada em pouco tempo, com a entrevista de cada paciente durando em média 40 minutos. As participantes não se mostraram constrangidas ou se recusaram a responder as questões abordando a sexualidade, que levaram cerca de 10 minutos para serem respondidas.

De acordo com Britto e colaboradores [68] em sua pesquisa com reumatologistas, apenas 12% dos pacientes atendidos são rastreados nesse domínio. A aplicação do questionário do instrumento FSFI em nosso estudo ocorreu sem dificuldades e foi bem aceita pelas mulheres, o que se reflete no fato de que não tivemos perda de dados por não resposta, reforçando a sugestão de Wachholz e colaboradores [13] de que profissionais da saúde devem abordar este assunto em consultas e assim contribuir com melhorias na qualidade de vida desta população.

Para o Ministério da Saúde, as disfunções sexuais muitas vezes deixam de ser diagnosticadas porque a pessoa não apresenta a queixa ou porque o profissional de saúde não aborda a questão, porém seu diagnóstico é tão importante quanto a identificação de qualquer outro agravo à saúde e de suma relevância, uma vez que interferem na qualidade de vida das pessoas [45]. De acordo com Kammerer-Doak [52], a abordagem da Disfunção Sexual Feminina envolve a identificação das mulheres com problemas, a classificação adequada da disfunção sexual e o tratamento envolvendo a paciente e seu parceiro. Como há múltiplos fatores envolvidos nas causas das disfunções sexuais, o Ministério da Saúde recomenda que, na medida do possível, a abordagem desses problemas seja realizada por uma equipe multidisciplinar [45].

6. CONCLUSÃO

Encontramos entre as mulheres que estudamos (n=64) 74,9% insatisfeita com vida sexual e 31,3% sexualmente inativa.

Observamos 61,4% das mulheres sexualmente ativas com disfunção sexual, sendo o Desejo/Libido o domínio mais afetado da função sexual.

Os fatores relacionados à disfunção sexual feminina foram: idade, menopausa, tempo de relacionamento, diagnóstico de ansiedade e/ou depressão e limitação funcional especialmente por acometimento de quadril e mãos.

A Qualidade de Vida das participantes se mostrou afetada em todos os domínios do WHOQOL, principalmente o físico e a faceta Vida Sexual foi a mais afetada do domínio social.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akkus Y, Nakas D, Kalyoncu U (2010) Factors Affecting the Sexual Satisfaction of Patients with Rheumatoid Arthritis and Ankylosing Spondylitis. *Sex Disabil* DOI 10.1007:11195-11010-19162-11198
2. Tristano AG (2009) The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatology international* 29 (8):853-860
3. Glasier A, Gulmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PF (2006) Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet* 368 (9547):1595-1607. doi:S0140-6736(06)69478-6 [pii]10.1016/S0140-6736(06)69478-6
4. De Lorenzi DR, Saciloto B (2006) [Factors related to frequency of sexual activity of postmenopausal women]. *Rev Assoc Med Bras* 52 (4):256-260
5. Helland Y, Kjekken I, Steen E, Kvien TK, Hauge MI, Dagfinrud H (2011) Rheumatic diseases and sexuality: Disease impact and self-management strategies. *Arthritis Care Res* (63):743–750. doi:10.1002/acr.20424
6. Abdel-Nasser AM, Ali EI (2006) Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology* 25 (6):822-830
7. Pacagnella RC, Vieira EM, Jr OMR, Souza C (2008) [Cross-cultural adaptation of the Female Sexual Function Index]. *Cad Saude Publica* 24 (2):416-426. doi:S0102-311X2008000200021 [pii]
8. Newman AM (2007) Arthritis and sexuality. *The Nursing clinics of North America* 42 (4):621-630; vii
9. Laurindo IMM, Ximenes AC, Lima FAC, Pinheiro GRC, Batistella LR, Bertolo MB, Alencar P, Xavier RM, Giorgi RDN, Ciconelli RM, Radominski SC (2002) *Artrite Reumatóide: Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes da Sociedade Brasileira de Reumatologia*
10. van Berlo WT, van de Wiel HB, Taal E, Rasker JJ, Weijmar Schultz WC, van Rijswijk MH (2007) Sexual functioning of people with rheumatoid arthritis: a multicenter study. *Clinical rheumatology* 26 (1):30-38
11. Ostensen M (2004) New insights into sexual functioning and fertility in rheumatic diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 18 (2):219-232. doi:10.1016/j.berh.2004.01.002S1521694204000142 [pii]

12. Panush RS, Mihailescu GD, Gornisiewicz MT, Sutaria SH, Wallace DJ (2000) Sex and arthritis. *Bull Rheum Dis* 49 (7):1-4
13. Wachholz PA, Blaskowski APMM, Skare TL (2007) Arthritis and sexuality: impact of rheumatoid arthritis in the patients sexual life (Artrite e sexualidade: impacto da artrite reumatóide na vida sexual de seus portadores). *Rev Soc Bras Clín Méd* 5 (6):176-183
14. van den Berg WB (2000) What we learn from arthritis models to benefit arthritis patients. *Bailliere's best practice & research Clinical rheumatology* 14 (4):599-616. doi:10.1053/berh.2000.0102
15. van den Berg WB (2001) Uncoupling of inflammatory and destructive mechanisms in arthritis. *Seminars in arthritis and rheumatism* 30 (5 Suppl 2):7-16
16. van den Berg WB (2009) Lessons from animal models of arthritis over the past decade. *Arthritis Res Ther* 11 (5):250. doi:10.1186/ar2803
17. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis: 2002 Update (2002). *Arthritis Rheum* 46 (2):328-346. doi:10.1002/art.10148 [pii]
18. Moreland LW, Russell AS, Paulus HE (2001) Management of rheumatoid arthritis: the historical context. *J Rheumatol* 28 (6):1431-1452
19. Alamanos Y, Drosos AA (2005) Epidemiology of adult rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev* 4 (3):130-136. doi:S1568-9972(04)00194-6 [pii]10.1016/j.autrev.2004.09.002
20. Verstappen SM, Boonen A, Verkleij H, Bijlsma JW, Buskens E, Jacobs JW (2005) Productivity costs among patients with rheumatoid arthritis: the influence of methods and sources to value loss of productivity. *Annals of the rheumatic diseases* 64 (12):1754-1760. doi:ard.2004.033977 [pii]10.1136/ard.2004.033977
21. Chermont GC, Kowalski SC, Ciconelli RM, Ferraz MB (2008) Resource utilization and the cost of rheumatoid arthritis in Brazil. *Clin Exp Rheumatol* 26 (1):24-31. doi:2241 [pii]
22. Naz SM, Symmons DP (2007) Mortality in established rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 21 (5):871-883. doi:S1521-6942(07)00058-7 [pii]10.1016/j.berh.2007.05.003
23. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, Healey LA, Kaplan SR, Liang MH, Luthra HS, et al. (1988) The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 31 (3):315-324

24. Rantapaa-Dahlqvist S, de Jong BA, Berglin E, Hallmans G, Wadell G, Stenlund H, Sundin U, van Venrooij WJ (2003) Antibodies against cyclic citrullinated peptide and IgA rheumatoid factor predict the development of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 48 (10):2741-2749. doi:10.1002/art.11223
25. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, 3rd, Birnbaum NS, Burmester GR, Bykerk VP, Cohen MD, Combe B, Costenbader KH, Dougados M, Emery P, Ferraccioli G, Hazes JM, Hobbs K, Huizinga TW, Kavanaugh A, Kay J, Kvien TK, Laing T, Mease P, Menard HA, Moreland LW, Naden RL, Pincus T, Smolen JS, Stanislawska-Biernat E, Symmons D, Tak PP, Upchurch KS, Vencovsky J, Wolfe F, Hawker G (2010) 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 62 (9):2569-2581. doi:10.1002/art.27584
26. Mello FMd (2008) Análise da Correlação dos Escores de Atividade de Doença na Artrite Reumatóide. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis
27. Guillemin F (2003) How to assess musculoskeletal conditions. Assessment of disease activity. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 17 (3):415-426. doi:S1521694203000263 [pii]
28. Pincus T, Sokka T (2003) Quantitative measures for assessing rheumatoid arthritis in clinical trials and clinical care. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 17 (5):753-781. doi:S1521694203000779 [pii]
29. Leeb BF, Anel I, Leder S, Leeb BA, Rintelen B (2005) The patient's perspective and rheumatoid arthritis disease activity indexes. *Rheumatology (Oxford)* 44 (3):360-365
30. van Riel PL, Fransen J (2007) Established rheumatoid arthritis: clinical assessments. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 21 (5):807-825. doi:S1521-6942(07)00075-7 [pii]10.1016/j.berh.2007.06.001
31. Smolen JS, Breedveld FC, Eberl G, Jones I, Leeming M, Wylie GL, Kirkpatrick J (1995) Validity and reliability of the twenty-eight-joint count for the assessment of rheumatoid arthritis activity. *Arthritis Rheum* 38 (1):38-43
32. Leeb BF, Anel I, Sautner J, Nothnagl T, Rintelen B (2004) The DAS28 in rheumatoid arthritis and fibromyalgia patients. *Rheumatology (Oxford)* 43 (12):1504-1507
33. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization (1995). *Soc Sci Med* 41 (10):1403-1409. doi:027795369500112K [pii]
34. Brandão L, Ferraz MB, Zerbini CADF (1997) Avaliação da qualidade de vida na artrite reumatóide (Evaluation of quality of life in rheumatoid arthritis). *Rev Bras Reumatol* 37 (5):275-281

35. Kiltz U, van der Heijde D (2009) Health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis and in patients with ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol* 27 (4 Suppl 55):S108-111. doi:2772 [pii]
36. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group (1998). *Psychol Med* 28 (3):551-558
37. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V (2000) [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saude Publica* 34 (2):178-183
38. Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR (1980) Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 23 (2):137-145
39. Bruce B, Fries JF (2003) The Stanford Health Assessment Questionnaire: A Review of Its History, Issues, Progress, and Documentation. *J Rheumatol* 30:167-178
40. Ferraz MB, Oliveira LM, Araujo PM, Atra E, Tugwell P (1990) Crosscultural reliability of the physical ability dimension of the health assessment questionnaire. *J Rheumatol* 17 (6):813-817
41. Wilmoth MC (2007) Sexuality: a critical component of quality of life in chronic disease. *The Nursing clinics of North America* 42 (4):507-514; v
42. Lutfey KE, Link CL, Rosen RC, Wiegel M, McKinlay JB (2009) Prevalence and correlates of sexual activity and function in women: results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Arch Sex Behav* 38 (4):514-527. doi:10.1007/s10508-007-9290-0
43. Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH (2006) Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol* 107 (4):755-764. doi:107/4/755 [pii]10.1097/01.AOG.0000202398.27428.e2
44. Bancroft J, Loftus J, Long JS (2003) Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 32 (3):193-208
45. Brasil (2010) Saúde sexual e saúde reprodutiva. vol Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
46. Marthol H, Hilz MJ (2004) [Female sexual dysfunction: a systematic overview of classification, pathophysiology, diagnosis and treatment]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 72 (3):121-135. doi:10.1055/s-2004-818357
47. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision. 4th edition. (2000). Washington, DC
48. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R, Jr. (2000) The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional

self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 26 (2):191-208

49. Safarinejad MR (2006) Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res* 18 (4):382-395. doi:3901440 [pii]10.1038/sj.ijir.3901440

50. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB (2008) Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 112 (5):970-978. doi:112/5/970 [pii]10.1097/AOG.0b013e3181898cdb

51. Kwan KS, Roberts LJ, Swalm DM (2005) Sexual dysfunction and chronic pain: the role of psychological variables and impact on quality of life. *Eur J Pain* 9 (6):643-652. doi:S1090-3801(04)00174-0 [pii]10.1016/j.ejpain.2004.12.008

52. Kammerer-Doak D, Rogers RG (2008) Female sexual function and dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 35 (2):169-183, vii. doi:S0889-8545(08)00023-5 [pii]10.1016/j.ogc.2008.03.006

53. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM (2009) [Construct validity of a Portuguese version of the Female Sexual Function Index]. *Cad Saude Publica* 25 (11):2333-2344. doi:S0102-311X2009001100004 [pii]

54. Thiel RR, Dambros M, Palma PC, Thiel M, Riccetto CL, Ramos MF (2008) [Translation into Portuguese, cross-national adaptation and validation of the Female Sexual Function Index]. *Rev Bras Ginecol Obstet* 30 (10):504-510

55. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP (2007) Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa (VALIDATION OF THE FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI) FOR PORTUGUESE LANGUAGE). *Rev HCPA* 27 (1):10-14

56. I.B.G.E. (2008) Pesquisa das características étnico-raciais da população - um estudo das categorias de classificação de cor ou raça. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/default_raciais.shtm.

57. The World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic (2000). World Health Organization Technical report series (894)

58. Tseng JC, Lu Lg, Hu JC, Wang LF, Yen LJ, Wu HC, Jiann BP (2011) The impact of systemic lupus erythematosus on women's sexual functioning. *The journal of sexual medicine* 8 (12):3389-3397. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02464.x

59. Frikha F, Maazoun F, Ben Salah R, Snoussi M, Masmoudi J, Nabil Mhiri M, Bahloul Z (2011) [Sexual function in married women with rheumatoid arthritis]. *Presse Med* 40 (12 Pt 1):e521-527. doi:10.1016/j.lpm.2011.04.015
60. Hill J, Bird H, Thorpe R (2003) Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology (Oxford)* 42 (2):280-286
61. Helland Y, Dagfinrud H, Kvien TK (2008) Perceived influence of health status on sexual activity in RA patients: associations with demographic and disease-related variables. *Scandinavian journal of rheumatology* 37 (3):194-199. doi:10.1080/03009740701867349
62. Morley JE, Tariq SH (2003) Sexuality and disease. *Clinics in geriatric medicine* 19 (3):563-573
63. Araujo DBd, Borba EF, Abdo CHN, Souza LIdAvL, Goldenstein-Schainberg C, Chahade WH, Silva CAA (2010) Função Sexual em Doenças Reumáticas. *Acta Reumatológica Portuguesa* (35):16-23
64. Nappi RE, Wawra K, Schmitt S (2006) Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol* 22 (6):318-323
65. Chedraui P, Perez-Lopez FR, San Miguel G, Avila C (2009) Assessment of sexuality among middle-aged women using the Female Sexual Function Index. *Climacteric* 12 (3):213-221. doi:10.1080/13697130802607727
66. Kinzl JF (2009) [Major depressive disorder, antidepressants and sexual dysfunction]. *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater* 23 (2):134-138
67. Rosen RC (2002) Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Fertility and sterility* 77 Suppl 4:S89-93
68. Britto MT, Rosenthal SL, Taylor J, Passo MH (2000) Improving rheumatologists' screening for alcohol use and sexual activity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 154 (5):478-483

Anexo I

Critérios Revisados da Associação Americana de Reumatismo para Classificação do Diagnóstico de Artrite Reumatoide (Hochberg, 1992)

1 – Rigidez matinal

- Rigidez matinal articular ou periarticular, com duração maior ou igual a uma hora antes da melhora máxima.

2 – Artrite de 3 ou mais articulações

- Pelo menos 3 áreas articulares de 14 possíveis (interfalangiana proximal, metacarpo-falangiana, punho, cotovelo, joelho, tornozelo, metatarso-falangiana), direita ou esquerda, com edema de partes moles e/ou derrame articular observado por um médico.

3 – Artrite das articulações das mãos

- Pelo menos uma área articular com edema em um punho, articulação metacarpo-falangiana ou articulação interfalangiana proximal.

4 – Artrite simétrica

- Envolvimento simultâneo das mesmas articulações em ambos os lados do corpo (envolvimento bilateral das interfalangianas proximais, metacarpo-falangianas ou metatarso-falangianas sem simetria absoluta é aceitável).

5 – Nódulos reumatoides

- Nódulos subcutâneos sobre proeminências ósseas ou superficiais extensoras ou em regiões justarticulares observados por um médico.

6 – Fator reumatoide sérico

- Demonstração de quantidades anormais de fator reumatoide sérico por qualquer método pelo qual o resultado tenha sido positivo em menos do que 5% dos controles normais.

7 – Alterações radiográficas

- Alterações radiográficas típicas de artrite reumatoide nas radiografias de mãos e punhos pósterio-anterior, as quais devem incluir erosões, osteopenia peri-articular ou justarticular.

* Pelo menos 4 destes critérios devem estar presentes para fins de classificação.

* Critérios 1 ao 4 devem estar presentes por pelo menos 6 semanas.

Anexo II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Título da Pesquisa: “Sexualidade, disfunção sexual e qualidade de vida em pacientes com artrite reumatoide.”

Pesquisador: Waldno Pereira de Lucena Júnior

Orientadora: Márcia Midori Shinzato

Participantes da pesquisa: pacientes do sexo feminino, que preenchem os critérios do American College of Rheumatology (ACR) para artrite reumatoide, do ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário de Dourados / Universidade Federal da Grande Dourados.

Eu,, tendo sido convidada a participar como voluntária do estudo “Sexualidade, disfunção sexual e qualidade de vida em pacientes com artrite reumatoide”, que será realizada no ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário de Dourados – MS, recebi do médico Waldno Pereira de Lucena Júnior, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) Que o estudo se destina a avaliar a sexualidade e a qualidade de vida de mulheres com artrite reumatoide, assim como estimar a prevalência de disfunção sexual nessa população.
- 2) Que a importância deste estudo é a de um melhor entendimento do impacto da artrite reumatoide sobre a sexualidade, a função sexual e a qualidade de vida das mulheres.
- 3) Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: avaliar a associação entre a disfunção sexual e o comprometimento da qualidade de vida em pacientes com artrite reumatoide, realizar apresentação dos resultados em Congresso e publicação dos mesmos em periódico.
- 4) Que este estudo começará em fevereiro de 2012 e terminará em maio de 2012.
- 5) Que o estudo será feito inicialmente com entrevistas às mulheres, nas quais serão aplicados os instrumentos de avaliação DAS-28, *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), *World Health Organization Quality of Life Assessment Bref* (WHOQOL abreviado) e *Female Sexual Function Index* (FSFI) e que essas entrevistas podem gerar constrangimento e/ou comprometimento do bem-estar emocional, uma vez que abordam questões acerca da qualidade de vida e da sexualidade.
- 6) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- 7) Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

DESSA FORMA CONCORDO EM PARTICIPAR DESTE PROJETO DE PESQUISA SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Endereço da participante voluntária:

Domicílio:

.....

Nº:.....,complemento:.....Bairro:.....

Cidade:.....CEP:.....Telefone:.....

Contato de urgência:

Sr(a):.....

Nome e Endereço do Pesquisador Responsável:

Nome: Waldno Pereira de Lucena Júnior

Rua: Rodovia Dourados - Itahum Km 12

**Complemento: Unidade 2 da Universidade Federal da Grande Dourados Prédio:
Faculdade de Ciências da Saúde (FCS)**

Cidade: Dourados/MS CEP: 79804-970

Telefones: (67) 3410-2023 e (67) 3410-2326

Comitê de Ética em Pesquisa - UFGD

Rua João Rosa Góes, 1761 - Vila Progresso

Dourados-MS

cep@ufgd.edu.br

Telefone: (67) 3410-2857

Dourados, _____ de _____ de _____

**Assinatura ou impressão datiloscópica
da voluntária ou responsável legal**

(rubricar as demais folhas)

**Assinatura do responsável pelo Estudo
(rubricar as demais folhas)**

Anexo III

Questionário

Nome _____ No _____

Idade _____ anos Data de nascimento ____/____/____

Critérios ACR - Anexo I () sim () não A: _____ m P: _____ kg IMC _____

Cor () branca () preta () parda () vermelha () amarela

Estado civil () solteira () casada () viúva () separada () divorciada () amasiada

Tempo de relacionamento atual _____ anos Tempo de AR _____ anos

Menopausa () sim () não

Gestações _____

Partos _____

Abortos _____

Partos vaginais _____

Cesárias _____

HAS () sim () não

DM () sim () não

Hipotireoidismo () sim () não

Doença Psiquiátrica () sim () não

Tabagista () sim () não

Etilista () sim () não

TRH () sim () não

AINES () sim () não

Analgésicos () sim () não

Corticosteroides () sim () não

Antirreumáticos () sim () não

Psicotrópicos () sim () não

Número de medicações em uso _____

Renda familiar _____ salários mínimos

Anos de Estudo _____

Anexo V

HAQ – Health Assessment Questionnaire (Questionário de Avaliação de Saúde)

Você é capaz de:	Nível de Dificuldade			
	Sem qualquer	Com alguma	Com muita	Incapaz de fazer
1 - Vestir-se, inclusive amarrar os cadarços dos sapatos e abotoar suas roupas?	0	1	2	3
2 - Lavar sua cabeça e seus cabelos?	0	1	2	3
3 - Levantar-se de maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braço?	0	1	2	3
4 - Deitar-se e levantar-se da cama?	0	1	2	3
5 - Cortar um pedaço de carne?	0	1	2	3
6 - Levar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água?	0	1	2	3
7 - Abrir um saco de leite comum?	0	1	2	3
8 - Caminhar em lugares planos?	0	1	2	3
9 - Subir 5 degraus?	0	1	2	3
10 - Lavar e secar seu corpo após o banho?	0	1	2	3
11 - Tomar banho de chuveiro?	0	1	2	3
12 - Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?	0	1	2	3
13 - Levantar os braços e pegar um objeto de aproximadamente 2,5 kg, que está posicionado pouco acima da cabeça?	0	1	2	3
14 - Curvar-se para pegar suas roupas no chão?	0	1	2	3
15 - Segurar-se em pé no ônibus ou metrô?	0	1	2	3
16 - Abrir potes ou vidros de conservas, que tenham sido previamente abertos?	0	1	2	3
17 - Abrir e fechar torneiras?	0	1	2	3
18 - Fazer compras nas redondezas onde mora?	0	1	2	3
19 - Entrar e sair de um ônibus?	0	1	2	3
20 - Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e rodo para água?	0	1	2	3

Escores dos componentes:

Componente 1, perguntas 1 e 2: Maior escore =

Componente 2, perguntas 3 e 4: Maior escore =

Componente 3, perguntas 5, 6 e 7: Maior escore =

Componente 4, perguntas 8 e 9: Maior escore =

Componente 5, perguntas 10, 11 e 12: Maior escore =

Componente 6, perguntas 13 e 14 e 15: Maior escore =

Componente 7, perguntas 16 e 17: Maior escore =

Componente 8, perguntas 18, 19 e 20: Maior escore =

Escore do HAQ = _____

(Média aritmética dos escores dos componentes)

Anexo VI

WHOQOL – Abreviado

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
2	Quão satisfeita você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão segura você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito bem	Bem	Nem bem nem mal	Mal	Muito mal
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeita você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeita você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeita você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeita você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeita você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeita você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Anexo VII

The Female Sexual Function Index (FSFI)

1. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você sentiu desejo ou interesse sexual?

- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = Maior parte do tempo (mais da metade do tempo)
- 3 = Às vezes (aproximadamente metade do tempo)
- 2 = Às vezes (menos do que a metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

2. Nas últimas 4 semanas, como você classifica o seu grau de desejo ou interesse sexual?

- 5 = Muito alto
- 4 = Alto
- 3 = Moderado
- 2 = Baixo
- 1 = Muito baixo ou nulo

3. Nas últimas 4 semanas, qual a frequência com que você se sentiu excitada sexualmente (ligada) durante a atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- 3 = Às vezes (cerca da metade do tempo)
- 2 = Às vezes (menos da metade das vezes)
- 1 = Quase nunca ou nunca

4. Nas últimas 4 semanas, como você classificaria a sua excitação sexual (grau de ligação) durante a atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito alto
- 4 = Alto
- 3 = Moderado
- 2 = Baixo
- 1 = Muito baixo ou nulo

5. Nas últimas 4 semanas, qual o seu grau de confiança em ficar excitada sexualmente durante a atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito alto
- 4 = Alto
- 3 = Moderado
- 2 = Baixo
- 1 = Muito baixo ou sem confiança

6. Nas últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeita com a sua excitação durante a atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- 3 = Às vezes (cerca da metade do tempo)
- 2 = Às vezes (menos da metade das vezes)
- 1 = Quase nunca ou nunca

7. Nas últimas 4 semanas, com que frequência você ficou lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- 3 = Às vezes (cerca da metade do tempo)
- 2 = Às vezes (menos da metade das vezes)
- 1 = Quase nunca ou nunca

8. Nas últimas 4 semanas, que grau de dificuldade você teve de ficar lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Simplesmente difícil
- 5 = Não houve dificuldade

9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência você manteve a lubrificação (umidade) até o fim da atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- 3 = Às vezes (cerca da metade do tempo)
- 2 = Às vezes (menos da metade das vezes)
- 1 = Quase nunca ou nunca

10. Nas 4 últimas semanas, que grau de dificuldade você teve em manter a sua lubrificação (umidade) até o fim da atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Simplesmente difícil
- 5 = Não houve dificuldade

11. Nas 4 últimas semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência você atingiu o orgasmo (acabou)?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- 3 = Às vezes (cerca da metade do tempo)
- 2 = Às vezes (menos da metade das vezes)
- 1 = Quase nunca ou nunca

12. Nas 4 últimas semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, que grau de dificuldade você teve para atingir o orgasmo (em acabar)?

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Simplesmente difícil
- 5 = Não houve dificuldade

13. Nas 4 últimas semanas, que grau de satisfação você teve com a sua capacidade de atingir o orgasmo (em acabar) durante a atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual

- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

14. Nas 4 últimas semanas, que grau de satisfação você teve com a intensidade do envolvimento emocional durante a atividade sexual entre você e o seu parceiro?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

15. Nas 4 últimas semanas, que grau de satisfação você teve com o seu relacionamento sexual com o seu parceiro?

- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

16. Nas 4 últimas semanas, que grau de satisfação você vem tendo com a sua vida sexual em geral?

- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

17. Nas 4 últimas semanas, com que frequência você teve desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- 0 = Não houve tentativa de coito
- 1 = Quase sempre ou sempre
- 2 = A maioria das vezes (mais da metade das vezes)
- 3 = Às vezes (aproximadamente a metade das vezes)
- 4 = Algumas vezes (menos do que a metade das vezes)
- 5 = Quase nunca ou nunca

18. Nas 4 últimas semanas, com que frequência você teve desconforto ou dor em seguida a penetração vaginal?

- 0 = Não houve tentativa de coito
- 1 = Quase sempre ou sempre
- 2 = A maioria das vezes (mais da metade das vezes)
- 3 = Às vezes (aproximadamente a metade das vezes)
- 4 = Algumas vezes (menos do que a metade das vezes)
- 5 = Quase nunca ou nunca

19. Nas 4 últimas semanas, como você classificaria o seu grau (intensidade) de desconforto ou dor durante ou em seguida à penetração vaginal?

- 0 = Não houve tentativa de coito
- 1 = Muito alto
- 2 = Alto
- 3 = Moderado
- 4 = Baixo
- 5 = Muito baixo ou nulo

Waldno Lucena Júnior

Márcia Midori Shinzato

Female rheumatoid arthritis patients' sexual dysfunction

Waldno Lucena Júnior

Professor of Family Medicine

Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) Faculdade de Ciências da Saúde (FCS)

Rua Itália, 580 Jardim Mônico Dourados-MS

79826-410 Phone: (67) 8101-0949 waldnolucena@ufgd.edu.br

Márcia Midori Shinzato

Professor of Rheumatology

Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) Faculdade de Ciências da Saúde (FCS)

Dourados-MS 79804-970 Phone: (67) 3410-2320 marciashinzato@ufgd.edu.br

ABSTRACT

Objective: To assess the sexuality of women with rheumatoid arthritis seen at the outpatient clinic of Rheumatology from University Hospital of Grande Dourados Medical School, as well as to estimate the prevalence of sexual dysfunction in these patients.

Method: We conducted a cross-sectional study from February 2012 to May 2012, with 64 female patients who met the criteria of the American College of Rheumatology. The assessment of rheumatoid arthritis activity, functional disability and sexual function was performed using the evaluation instruments DAS-28, HAQ and FSFI respectively.

Results: We found 68.8% of sexually active women with FSFI averaged 23.2 ± 8.8 , and 61.4% in this group of patients had scores below 26, which represents the range of scores associated with sexual dysfunction. We observed an inverse linear correlation between the HAQ score and FSFI score ($p=0.01$) and FSFI domains that were most affected by disability were the desire, arousal and lubrication.

Conclusion: This study confirms the findings of previous studies about the negative impact of rheumatoid arthritis on sexuality, as well as their correlation with female sexual dysfunction.

Keywords: rheumatoid arthritis, female sexual dysfunction

1. INTRODUCTION

Rheumatoid arthritis (RA) has an autoimmune nature and is the most common chronic inflammatory articular disease. It has a prevalence of 0.5% to 1% of the population worldwide and is three times more frequent in women than in men [1]. Although it primarily affects joints, it can cause extra-articular manifestation showing that it is a systemic disease with increased mortality rates, impaired physical function, pain and depression. A decreased in health related quality of life has been demonstrated in RA patients [2].

Although there is no cure for RA, its treatment improved in the last three decades with the use of disease modifying drugs (DMARDs) earlier, trying to achieve clinical remission and prevent irreversible joints damage. More recently, the newer biologic therapies have been shown to improve these patients' functional disabilities. Due to its high cost and complexity, it became important to assess the impact of RA treatment, at least, on three domains. The first is the clinical and laboratory assessment of the severity of joint inflammation. The second is extent and severity of joint and extra-articular damage. And finally, in the last three decades, quality of life became a treatment objective for chronic diseases [3].

Quality of life is defined by the World Health Organization (WHO) as "individuals' perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" [4]. Sexuality as an essential part of being human is, therefore, related to a person's quality of life [5].

Pain, restricted joint movement, fatigue, use of medications and also problem with body image leading to low self-esteem are some causes of SD in patients with RA. It has been reported that the sexual problems ranged from 31 to 76% of these patients showing the divergent nature of the limited numbers of studies in this field [6].

Studies have been demonstrated that 12 to 63% of women complain of sexual problems, which appears to surpass male SD. Nevertheless female sexual dysfunction is largely less investigated than the male one [7].

Therefore, it is important to assess components of sexual functioning using a standardized and validated instrument which allows a quantitative evaluation and also can be used to quantify changes after therapeutic intervention [8].

The Female Sexual Functional Index [9] was used in this study to evaluate female RA patients to determine the frequency of sexual dysfunction among them and also characterize this population.

2. PATIENTS AND METHODOLOGY

This is a descriptive and cross-sectional study.

Patients: participants were female patients who were seen in the Hospital of Grande Dourados University outpatient rheumatology clinic between February 2012 and May 2012. To be eligible for the study the patients met the revised 1987 American College Rheumatology (ACR) criteria for Rheumatoid Arthritis (RA) [10] and were 18 years of age or older. They were sequentially invited to participate after a routine scheduled appointment. After they were fully informed about the risks and benefits involved in participating in this study they signed informed consents. Ethics Committee of the Grande Dourados University approved the study.

Medical history, physical examination and joint assessment were performed by a rheumatologist who also listed the current medications for rheumatoid arthritis in use by each patient. Laboratory tests were assessed by the routine profile of the rheumatology clinic.

Sociodemographic questionnaire was applied to each patient and included: age, marital status and length of relationship, educational level in years of schooling and family income measured in number of Brazilian minimum wages. We also assessed history of smoke, alcohol intake, use of medication for *Diabetes mellitus*, hypertension and hypo or hyperthyroidism, replacement hormonal therapy for menopause and medication prescribed by a psychiatrist.

Body Mass Index (BMI) was measured according to the World Health Organization (WHO) [11].

Functional status were measured by simplified Portuguese version of Health Assessment Questionnaire (HAQ) Disability Index (DI) [12].

Diseases activity was calculated by the Disease Activity Score in 28 joints (DAS-28) [13].

Sexual function were assessed by the Female Sexual Function Index (FSFI) [9,14] translated and validated for Brazilian Portuguese language [15].

Statistical analyses: Patient characteristics are presented using the means and standard deviations for continuous variables and proportions for categorical variables. Chi-square test was used for categorical variables assessment. For the continuous skewed data Kruskal-Wallis and Mann-Whitney test were used for groups comparisons and Spearman for linear correlation between FSFI, DAS-28 and

sHAQ. It was considered significant, a p value $<0,05$. All analyses were performed using the statistical package STATA 12.

3. RESULTS

Of 101 identified patients eligible for the study, 64 women (63,4%) accept to participate and were included in the study since none of them refuse to answer any question of the FSFI questionnaire. Moreover, all the responders were comfortable during the interview.

3.1. Patients' characteristics

The mean age of the 64 female RA patients was $49,6\pm 11,6$ (range 28 to 80 years old). Diseases onset occurred with an average of $37,2\pm 16,0$ and the diseases duration of $10,0\pm 9,6$ years. The mean education level was $6,78\pm 4,45$ years of schooling, and the mean family income $2,4\pm 1,8$ Brazilian minimum wages.

At the time of the survey, 43,3% (29/64) were using antihypertensive medications, 10,9% (7/64) oral hypoglycemic medication and/or insulin and the same number thyroid hormone replacement. Antidepressants and anxiolytics medication were prescribed by a psychiatrist for 20,3% (13/64) of the patients.

The mean BMI was $26,4\pm 5,1$ Kg/m² and obesity was observed in 26,6% (17/64) of the sample. Only 12,5 % (8/64) of them were smokers. Alcohol abuse was characterized in 1,6% (1/64) of the patients.

The mean parity of the surveyed RA women was $3,3\pm 2,0$ and 56,2% (36/64) of the RA patients were postmenopausal with a mean duration of $9,5\pm 10,6$ years of amenorrhea. Only 11,1 % (4/64) were on female sexual hormone therapy. All of them were on at least one disease modified drug for Rheumatoid Arthritis, 65,6% (42/64) were on corticosteroid therapy. The average of number of medications per patient was $5,6\pm 2,3$.

We identified 20/64 (31,25%) patients without a stable couple relationship in the last year, which were considered sexually inactive. This group of patients had a mean FSFI score of $3,7\pm 1,42$ (range 2 to 5,6) since only two domains of FSFI are considered, desire and satisfaction. The medium score in desire

were significantly lower than for patients without sexual dysfunction, however it is similar to patients with SD. The mean score for satisfaction domain were significantly lower than the two other groups (Figure 1). Thirteen out of these 20 women (65%) were divorced and 7 (35%) were widow.

Forty-four patients out of 64 (68,75%) were sexually active and had a mean FSFI score of $23,2\pm 8,8$ (range from 2 to 33,3). More than a half of this group, 61,4% (27/44), scores in the range of sexual dysfunction, equal or below 26, therefore they are placed in the group of women with sexual dysfunction. The remaining 17 patients (38,6%) were the group without sexual dysfunction. The group with sexual dysfunction had a total FSFI medium score of $18,2\pm 7,6$, which is significantly lower than the group without sexual dysfunction ($31,1\pm 1,2$). As shown in Figure 1, all the subscales were affected. The domain with lowest score was desire, followed by arousal and lubrication. The domain with higher score was Pain.

3.2. Demographic and Clinical features and FSFI

The three groups characteristics shown in table 2, demonstrated that the patients sexually inactive and with sexual dysfunction were significantly older and had larger proportion of women in menopause than the patients without sexual dysfunction. Although the three groups have comparable diseases duration, the group called sexually inactive have diseases onset significantly later than the other two groups and we also observed a tendency of this group to have less year of education.

Among patients sexually active, the ones with sexual dysfunction had a mean relationship time greater than the patients without sexual dysfunction.

We did not observe any correlation between the groups in relation to number of medications, smoke, parity, income and BMI. There was also no difference between groups in relation to the presence of diabetes (DM) or systemic hypertension (HTM). We noted only difference between the mean FSFI when comparing the group of patients with anxiety and/or depression, which had a FSFI of $11,8\pm 10,2$ compared to the group without anxiety or depression, which showed $17,4\pm 11,2$ ($p=0,05$).

There was no significant correlation between FSFI and DAS-28 score. The total FSFI score was negatively correlated with sHAQ score. As shown in Table 2, this correlation occurred, specially, for desire and arousal domains.

4. DISCUSSION

In this study we observed that more than a half of female RA patients are not embarrassed to answer questions concerning their sexuality, which support previous studies in which the fact that many patients are reluctant to raise sexual issues themselves contrasts with their willingness to answer specific questions about sexuality [16,5].

We also observed that 31.25% (20/64) of these women were without a stable couple relationship because they are divorced or widowed.

The other 44 patients (68,75%) were sexually active. The assessment of sexual functioning using the Female sexual function index (FSFI) of these patients showed a mean FSFI score of 23.2 ± 8.8 (2-33.3) with twenty-seven of these women (61.4%) scoring in the range associated with clinical SD (<26). Additionally, women with sexual dysfunction reported significantly low scores on all subscales of the FSFI, including desire, arousal, lubrication, orgasm, pain, and satisfaction compared with women without sexual dysfunction. Nevertheless the most affected domain was desire. Surprisingly the least affected subscale was pain, which is different from patients with systemic lupus erythematosus (SLE) in whose pain is the most affected domain [17].

Some researches have reported that patients with RA have diminished sexual desire in relation to controls [18,19]. Moreover, our findings support the studies that have observed this impaired desire was consistently associated with the functional disability [19,6], since we did not find a correlation of SD and functional impairment measured by sHAQ.

An additional finding in this study, is that older age and postmenopausal status emerged as a significant factor associated with lack of relationship and also with sexual dysfunction supporting Hill et al [20] who observed that ageing does appear to have an impact on the importance the patient places on sexual ability. It is described that the prevalence of female sexual dysfunction is quite high and tends to increase with age due to a decline in sexual interest, reduction of sexual intercourse and vaginal lubricating problems associated with the menopause (low estrogen secretion) [21-23]. Postmenopausal women with vaginal atrophy are very likely to report a decrease in sex frequency due to pain as a consequence of vaginal dryness and narrowing [24]. These conditions affected their sex life since they had stopped or avoided sex due to discomfort. In a multicenter study including middle aged women from

29 countries, hypoactive sexual desire was the most prevalent sexual dysfunction in women over 40 years old [25].

We noted the only comorbidity that seemed to negatively interfere with sexual function of our patients was anxiety or depression, since patients taking anxiolytics or antidepressants had worse scores on the FSFI than average. According Kinzl [26], sexual dysfunction is very common among patients treated with selective serotonin reuptake of serotonin, and can occur in 30-70% of women treated for major depression with agents first or second generation.

While previous studies have shown that the safety and security of a strong long-term relationship correlates with healthy sexual function in women [27,28], this association was not observed in our study in which longer relationship was correlated with SD.

Recognition by the rheumatologist and other healthcare professionals that RA-related factors impact sexuality allow the healthcare professional and patient to discuss this issue with each other. Furthermore, optimal treatment of the disease and also proper resolution of other organic and psychological problems, which can affect sexual function, may alleviate the sexual difficulties. Questions about sexuality asked via a self-questionnaire or during a face-to-face interview may deserve to be among the parameters used to monitor the course of the disease, alongside quality of life. An open and respectful discussion of sexuality must become a component of the routine interview for patients with chronic inflammatory joint diseases.

5. CONCLUSION

The prevalence of sexual dysfunction in women with RA is high when a specific questionnaire is used to assess it. Our study identified the presence of important demographic and clinical conditions associated with sexual dysfunction in women with RA. These findings are useful for clinicians taking care of women with rheumatoid arthritis and sexual dysfunction.

6. DISCLOSURES: None.

7. REFERENCES

1. Gabriel SE (2001) The epidemiology of rheumatoid arthritis. *Rheumatic diseases clinics of North America* 27 (2):269-281
2. Garcia-Poma A, Segami MI, Mora CS, Ugarte MF, Terrazas HN, Rhor EA, Garcia E, Ramos MP, Alva M, Castaneda I, Chung CP (2007) Obesity is independently associated with impaired quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 26 (11):1831-1835. doi:10.1007/s10067-007-0583-4
3. Kingsley G, Scott IC, Scott DL (2011) Quality of life and the outcome of established rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 25 (4):585-606. doi:S1521-6942(11)00078-7 [pii]10.1016/j.berh.2011.10.003
4. Power M, Harper A, Bullinger M (1999) The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychol* 18 (5):495-505
5. Hill J, Bird H, Thorpe R (2003) Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology (Oxford)* 42 (2):280-286
6. van Berlo WT, van de Wiel HB, Taal E, Rasker JJ, Weijmar Schultz WC, van Rijswijk MH (2007) Sexual functioning of people with rheumatoid arthritis: a multicenter study. *Clinical rheumatology* 26 (1):30-38
7. Worly B, Gopal M, Arya L (2010) Sexual dysfunction among women of low-income status in an urban setting. *Int J Gynaecol Obstet* 111 (3):241-244. doi:S0020-7292(10)00370-X [pii]10.1016/j.ijgo.2010.06.019
8. Smith WJ, Beadle K, Shuster EJ (2008) The impact of a group psychoeducational appointment on women with sexual dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 198 (6):697 e691-696; discussion 697 e696-697. doi:S0002-9378(08)00292-5 [pii]10.1016/j.ajog.2008.03.028
9. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R, Jr. (2000) The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 26 (2):191-208
10. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, Healey LA, Kaplan SR, Liang MH, Luthra HS, et al. (1988) The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 31 (3):315-324
11. The World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic (2000). World Health Organization Technical report series (894)
12. Ferraz MB, Oliveira LM, Araujo PM, Atra E, Tugwell P (1990) Crosscultural reliability of the physical ability dimension of the health assessment questionnaire. *J Rheumatol* 17 (6):813-817
13. Prevoo ML, van 't Hof MA, Kuper HH, van Leeuwen MA, van de Putte LB, van Riel PL (1995) Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 38 (1):44-48
14. Wiegel M, Meston C, Rosen R (2005) The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 31 (1):1-20. doi:10.1080/00926230590475206
15. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP (2007) Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa (VALIDATION OF THE FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI) FOR PORTUGUESE LANGUAGE). *Rev HCPA* 27 (1):10-14

16. Pouchot J, Le Parc JM, Queffelec L, Sichere P, Flinois A (2007) Perceptions in 7700 patients with rheumatoid arthritis compared to their families and physicians. *Joint Bone Spine* 74 (6):622-626. doi:S1297-319X(07)00199-6 [pii]10.1016/j.jbspin.2006.11.024
17. Tseng JC, Lu Lg, Hu JC, Wang LF, Yen LJ, Wu HC, Jiann BP (2011) The impact of systemic lupus erythematosus on women's sexual functioning. *The journal of sexual medicine* 8 (12):3389-3397. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02464.x
18. Blake DJ, Maisiak R, Alarcon GS, Holley HL, Brown S (1987) Sexual quality-of-life of patients with arthritis compared to arthritis-free controls. *J Rheumatol* 14 (3):570-576
19. Majerovitz SD, Revenson TA (1994) Sexuality and rheumatic disease: the significance of gender. *Arthritis Care Res* 7 (1):29-34
20. Hill J, Bird H, Thorpe R (2003) Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology* 42 (2):280-286
21. Castelo-Branco C, Ferrer J, Palacios S, Cornago S, Peralta S (2007) Spanish post-menopausal women's viewpoints on hormone therapy. *Maturitas* 56 (4):420-428. doi:S0378-5122(06)00378-1 [pii]10.1016/j.maturitas.2006.11.006
22. Laumann EO, Paik A, Rosen RC (1999) Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 281 (6):537-544. doi:joc80785 [pii]
23. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, Martin-Morales A (2004) Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine* 1 (1):35-39. doi:10.1111/j.1743-6109.2004.10106.x
24. Levine KB, Williams RE, Hartmann KE (2008) Vulvovaginal atrophy is strongly associated with female sexual dysfunction among sexually active postmenopausal women. *Menopause* 15 (4 Pt 1):661-666. doi:10.1097/gme.0b013e31815a516800042192-200815040-00012 [pii]
25. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED, Jr., Paik A, Gingell C (2004) Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology* 64 (5):991-997. doi:S0090-4295(04)00823-4 [pii]10.1016/j.urology.2004.06.055
26. Kinzl JF (2009) [Major depressive disorder, antidepressants and sexual dysfunction]. *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Osterreichischer Nervenarzte und Psychiater* 23 (2):134-138
27. Jiann BP, Su CC, Yu CC, Wu TT, Huang JK (2009) Risk factors for individual domains of female sexual function. *J Sex Med* 6 (12):3364-3375. doi:JSM1494 [pii]10.1111/j.1743-6109.2009.01494.x
28. Carvalheira AA, Brotto LA, Leal I (2010) Women's motivations for sex: exploring the diagnostic and statistical manual, fourth edition, text revision criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders. *J Sex Med* 7 (4 Pt 1):1454-1463. doi:JSM1693 [pii]10.1111/j.1743-6109.2009.01693.x

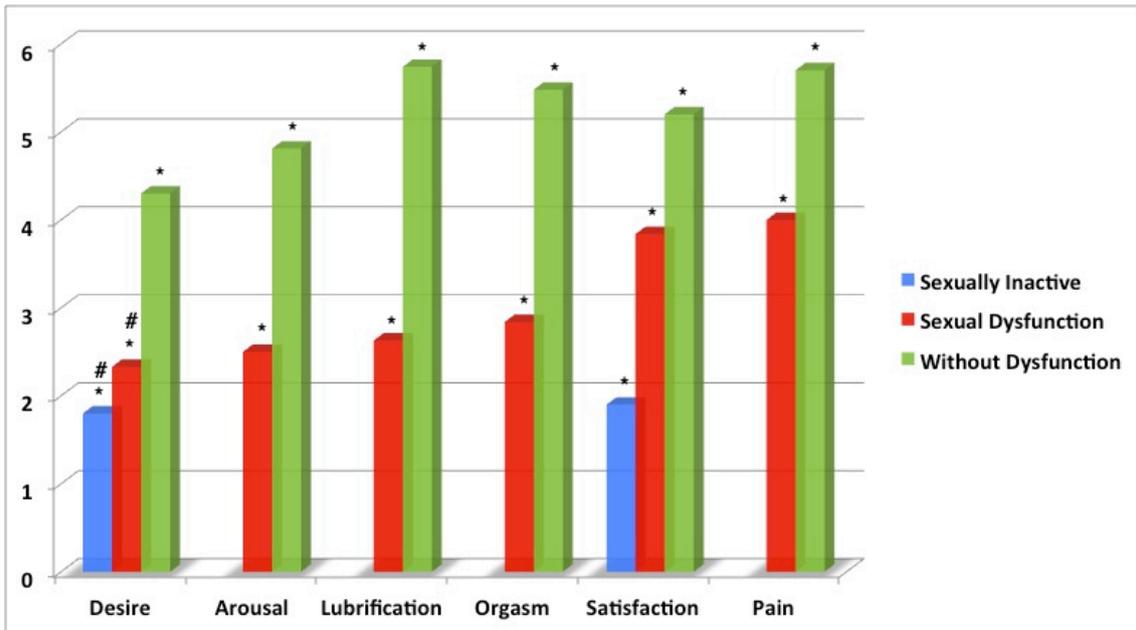


Figure 1. Mean scores of FSFI Domains showing significantly difference between sexually inactive women and those with and without sexual dysfunction (* $p < 0,05$). No difference was observed in the Desire domain between the sexually inactive group and the women with sexual dysfunction.

Table 1. Demographic data of participants divided by groups (N=64).

Characteristics	Sexually inactive	Sexually active		p
	(n=20)	Sexual dysfunction FSFI≤26 (n=27)	Without dysfunction FSFI>26 (n=17)	
Age	54,25±10,54	50,6±11,5	42,7±10,1	0,03
Diseases duration	9,3±7,7	12,1±4,9	10,0±4,1	0,10
Age of diseases onset	46,6±10,5	35,8±15,2	32,8±16,2	0,01
HAS	10 (50%)	12 (44,45%)	7 (41,2%)	0,86
DM	1 (5%)	3 (11,1%)	2 (11,8%)	0,72
Hypothyroidism	5 (25%)	0 (0%)	2 (11,8%)	0,025
Use of medication prescribed by psychiatrist	6 (30%)	5 (18,5%)	2 (11,8%)	0,37
Number of medication	6,5±2,9	5,0±1,8	5,6±1,9	0,15
Smoke	4 (20%)	2 (7,4%)	2 (11,8%)	0,88
BMI	26,1±6,3	26,6±4,0	26,3±5,3	0,85
Parity	2,9±1,9	2,8±1,9	2,6±1,3	0,78
Menopause	14 (70%)	17 (63%)	5 (29,4%)	0,03
Education	5,1±4,4	7,1±4,3	8,7±4,4	0,05
Income	2,2±1,3	2,3±1,5	8,7±4,4	0,20
Years of Relationship		26,1±12,5	17,1±10,2	0,03

Table 2. Linear correlation between FSFI domains and sHAQ scores (N=64).

Domain	HAQ
Desire	$r = -0,34, p = 0,005 *$
Arousal	$r = -0,31, p = 0,01 *$
Lubrication	$r = -0,28, p = 0,03 *$
Orgasm	$r = -0,22, p = 0,08$
Satisfaction	$r = -0,23, p = 0,07$
Pain	$r = -0,22, p = 0,07$
Total FSFI	$r = -0,31, p = 0,01 *$