

## FUNÇÃO SEXUAL EM DOENÇAS REUMÁTICAS

Daniel Brito de Araujo\*, Eduardo Ferreira Borba\*\*, Carmita Helena Najjar Abdo\*\*\*, Lillian de Ávila Lima Souza\*\*\*\*, Claudia Goldenstein-Schainberg\*\*\*\*\*, William Habib Chahade\*\*\*\*\*, Clovis Artur Almeida Silva\*\*\*\*\*

## Resumo

A função sexual está intimamente associada a uma qualidade de vida satisfatória. A atividade sexual tem impacto na satisfação sexual do paciente, em diversos aspectos da vida pessoal e em suas relações. Doenças auto-imunes sistêmicas afetam diversos órgãos e sistemas, podendo determinar disfunção sexual em pacientes, particularmente com: artrite reumatóide, espondiloartropatias, lúpus eritematoso sistêmico, esclerose sistêmica, síndrome de Sjögren, vasculites e miopatias inflamatórias idiopáticas. Os artigos que descrevem função sexual nas doenças reumáticas, principalmente com populações expressivas, são escassos. Disfunção sexual em mulheres e homens com doenças reumáticas é multifatorial devido a doença crônica, atividade da doença e drogas. Uma abordagem multidisciplinar é essencial para oferecer medidas preventivas para estes pacientes. Os autores fizeram uma revisão da literatura baseados nos dados

do Medline, Lilacs e Pubmed e utilizando as palavras chave: função sexual, sexualidade, saúde reprodutiva e doenças reumáticas.

**Palavras-chave:** Função sexual; Disfunção Sexual; Doenças Reumáticas; Doenças Auto-imunes; Saúde Reprodutiva.

## Abstract

Sexual function is closely related to satisfactory quality of life. The sexual activity has an impact in the sexual satisfaction of patient, several aspects of personal life and in their relationships. Systemic autoimmune diseases affect various organs and systems and they can determine sexual dysfunction in patients, particularly with: rheumatoid arthritis, spondyloarthropathies, systemic lupus erythematosus, systemic sclerosis, Sjögren syndrome, vasculitis and idiopathic inflammatory myopathies. Manuscripts describing sexual function in these diseases, mainly with large population, are scarce. Sexual dysfunction in females and males with rheumatic diseases is multifactorial due to chronic disease aspects, disease activity and drugs. A multidisciplinary approach is essential in order to offer preventive measures for these patients. The authors did a literature review based on Medline, Lilacs and Pubmed data using the keywords: sexual function, sexuality, reproductive health and rheumatic diseases.

**Keywords:** Sexual Function; Sexual Dysfunction; Sexuality; Rheumatic Diseases; Reproductive Health.

## Introdução

A função sexual (FS) é um importante componente da qualidade de vida, sendo muito mais ampla do que o intercuro sexual propriamente dito. Na verdade, envolve mecanismos endocrinológicos, vas-

Disciplina de Reumatologia, Unidade de Reumatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria e Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e Departamento de Reumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

\*Médico Assistente do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Pós-graduando em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

\*\*Professor Livre Docente da Disciplina de Reumatologia da FMUSP. Médico Assistente da Disciplina de Reumatologia da FMUSP

\*\*\*Professora Livre Docente do Departamento de Psiquiatria da FMUSP

\*\*\*\*Mestre em Ciências pela FMUSP

\*\*\*\*\*Doutora em Reumatologia pela FMUSP. Médica Responsável pela Reumatologia Pediátrica da Disciplina de Reumatologia da FMUSP

\*\*\*\*\*Doutor em Reumatologia pela FMUSP. Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Mestre e Doutor em Reumatologia pela FMUSP

\*\*\*\*\*Professor Livre Docente do Departamento de Pediatria da FMUSP. Responsável pela Unidade de Reumatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria da FMUSP

culares, neurológicos e músculo-esqueléticos, além de ser influenciada por vários fatores psíquico-sociais como aspectos familiares, religiosos, parceiro sexual e fatores individuais como auto-estima e imagem corporal<sup>1,2</sup>.

Por sua vez, a disfunção sexual (DS) é definida como a incapacidade de participar do ato sexual com satisfação e compromete desejo e/ou excitação e/ou orgasmo<sup>3,4</sup>. Os principais fatores de risco para DS que explicam sua alta prevalência nas diferentes fases da vida são os de origem orgânica, psíquico-sociais e sócio-demográficos<sup>3-5</sup>, com destaque para a idade, renda familiar e educação<sup>3,5</sup>. Estudos epidemiológicos demonstram ainda clara relação entre DS e deficiências hormonais, hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias, neuropatias, alcoolismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas, bem como uso de alguns medicamentos<sup>4,5</sup>.

A prevalência da DS em homens é realmente alta quando da avaliação de disfunção erétil (DE), ejaculação precoce, distúrbios do orgasmo, desejo sexual reduzido e distúrbios dolorosos sexuais<sup>3,5</sup>. O mesmo é observado nas mulheres quando da avaliação de diminuição da libido, distúrbios do orgasmo, falta de lubrificação vaginal e dor durante o intercuro sexual como causas para DS<sup>4</sup>.

A DS não compromete apenas a satisfação sexual, mas também a satisfação de vida global, determinando uma menor qualidade de vida, baixa auto-estima, depressão, ansiedade e prejuízos na relação interpessoal e dos parceiros<sup>3,6,7</sup>. De fato, evidências sugerem que a relação causal entre DS e baixa qualidade de vida, baixa auto-estima, depressão, ansiedade e problemas de relacionamento interpessoal são complexos e podem ser recíprocos<sup>7</sup>.

Uma doença crônica, e mesmo a sua terapêutica, podem exercer um grande impacto na FS, interferindo não só em seu aspecto orgânico, mas também no psicológico. Indivíduos com doenças crônicas podem perder o interesse sexual ou tornarem-se sexualmente inativos devido a um conceito equivocado sobre sua capacidade em participar do ato sexual por baixa auto-estima e preocupações quanto à imagem corporal<sup>8</sup>.

A depressão sabidamente associa-se à diminuição da libido e da habilidade em iniciar o intercuro sexual, DE e disfunção ejaculatória, dispareunia, ausência de orgasmo, perda do prazer ou aversão ao intercuro sexual, levando à deterioração na qualidade do relacionamento sexual desses pacientes<sup>1,3,4,6,7</sup>. Estes tornam-se ansiosos sobre sua

habilidade de satisfazer o parceiro e, por vezes, com medo antecipatório de falhar, acabam evitando o intercuro<sup>9</sup>. Além da depressão, fadiga, estresse e ansiedade freqüentemente acompanham doenças crônicas, podendo contribuir sobremaneira na gênese da DS<sup>1,9</sup>.

Apesar do impacto das doenças crônicas na FS, pouco tem se estudado do ponto de vista reumatológico, ainda que as doenças reumáticas sejam bastante prevalentes em pacientes jovens ou de meia-idade, período em que há maior atividade sexual.

As principais causas da DS nos pacientes com doenças reumáticas incluem dor, fadiga, rigidez, ressecamento de mucosas, incapacidade funcional, depressão, ansiedade, imagem corporal negativa, auto-estima reduzida, diminuição da libido, alterações hormonais, e tratamento medicamentoso com seus diversos eventos adversos<sup>1,8-10</sup>.

A atividade inflamatória da doença é responsável por alterações físicas tais como artrite, anemia da doença crônica, vasculite de órgãos genitais ou envolvimento cardíaco e pulmonar que podem levar à DS. Além das alterações agudas provocadas diretamente pela condição reumática, as respectivas seqüelas também podem provocar danos crônicos com repercussão sobre o intercuro sexual.

A terapêutica *per se* também determina alterações no funcionamento sexual. Os glicocorticóides podem ser responsáveis diretos pela diminuição da libido, decorrente de alterações hormonais, além de grandes mudanças físicas como hirsutismo, distribuição anômala da gordura corporal e aumento de peso, que conduzem a alterações da imagem corporal e baixa auto-estima. Alterações da libido e da ejaculação já foram relacionadas ao uso de alguns antiinflamatórios não-hormonais e ao metotrexate<sup>10</sup>. Outro ponto a ser considerado é a alta prevalência de comorbidades como depressão, doenças cardiovasculares, tireoidianas e renais em pacientes reumatológicos, que comprovadamente levam a DS<sup>1</sup>.

O reumatologista ainda possui pouco conhecimento quanto à avaliação da saúde sexual<sup>1</sup>. De fato, somente 33% dos pacientes no Reino Unido foram questionados por profissional de saúde sobre as alterações sexuais provocadas pela artrite reumatóide (AR)<sup>11</sup>. Recentemente a DS nos pacientes reumatológicos vem ganhando destaque frente à importância da atividade sexual na qualidade de vida destes, o que nos levou a rever este aspecto.

Os autores fizeram uma revisão da literatura ba-

seados nos dados do Medline, Lilacs e Pubmed e utilizando as palavras chave: função sexual, sexualidade, saúde reprodutiva e doenças reumáticas. As principais doenças que serão abordadas no presente artigo de revisão são: AR, espondiloartropatias (EAs), lúpus eritematoso sistêmico (LES), esclerose sistêmica (EE), síndrome de Sjögren (SS), vasculites e miopatias inflamatórias idiopáticas (MII).

## Artrite Reumatóide

A AR é uma doença inflamatória crônica sistêmica que determina graus variáveis de incapacitação funcional articular, exercendo assim um profundo impacto nos aspectos da vida social, econômica, psicológica e sexual dos pacientes<sup>8,10,12</sup>.

Alguns autores abordaram a influência da AR sobre a vida sexual dos pacientes e identificaram DS entre 31% a 76% dos pacientes<sup>13-16</sup>. Comprovadamente levam a dificuldades no relacionamento com o parceiro e estão relacionados principalmente a dois domínios: dificuldade no desempenho do intercurso sexual (limitação, incapacidade e falta de preparo para o ato) e diminuição do *drive* sexual (diminuição do desejo e da satisfação)<sup>12</sup>.

A dor articular pode limitar determinadas posições sexuais, principalmente quando há comprometimento de joelhos e coxo-femorais o que restringe os movimentos<sup>8,9,11,14,17,18</sup>. A diminuição do desejo ocorre em 50% a 60% dos pacientes com AR, sendo causada tanto pela indisposição em participar do intercurso sexual por fadiga e/ou depressão<sup>8,14,16,17</sup> quanto pela aversão à interação sexual pelo medo antecipatório de sentir dor<sup>18</sup>. Ambas determinam uma redução na frequência sexual em mais de 70% dos pacientes<sup>8,14,17</sup>. Sabe-se que quanto maior o nível da dor, depressão e incapacidade física, maiores os seus efeitos sobre a atividade sexual, independentemente do gênero<sup>16</sup>.

Diminuição do desejo e menor frequência sexual decorrente do declínio na energia física e da dor articular foram observadas em mulheres após o início da doença<sup>8</sup>, das quais cerca de 60% referiram que nem elas nem seus parceiros estavam satisfeitos com o relacionamento sexual. A falta de lubrificação vaginal decorrente da síndrome *sicca* secundária também pode ser causa, uma vez que determina dispareunia, diminuindo desejo e prazer<sup>8,10,11,14,17</sup>.

Ainda existem dúvidas quanto à associação en-

tre *status* androgênico e FS, uma vez que o hipogonadismo ou a disfunção testicular não prejudicam necessariamente a atividade sexual. Estudos em AR ainda são contraditórios quanto à diminuição dos níveis de testosterona<sup>19</sup>, dehidroepiandrosterona (DHEA) e DHEA-S (metabólito sulfatado da dehidroepiandrosterona)<sup>19,20</sup>. AR como causa de hipogonadismo ou disfunção testicular com DE e diminuição da libido foi identificada em dois estudos<sup>15,20</sup>. Porém outro estudo com mulheres com AR não assinalou diferenças significativas nos níveis de estrógeno e progesterona entre as pacientes com AR e os controles<sup>21</sup>.

Como outras doenças crônicas, a AR pode também estar implicada em alterações na dinâmica do relacionamento entre os parceiros, algumas vezes alterando o *status* de marido e mulher para paciente e cuidador<sup>8,11,16,18</sup>. Hill *et al*<sup>11</sup> avaliaram os efeitos da AR sobre relacionamento, atividade sexual e causas dessas dificuldades. Eles demonstraram que 35% dos pacientes acreditam que a doença interfere na relação com o parceiro devido a problemas como diminuição das atividades diárias e sociais, alterações emocionais e alterações financeiras. Alguns trabalhos estudaram as variáveis psicológicas, evidenciando que essas são mais importantes para a satisfação na AR do que as variáveis objetivas de doença<sup>12,22</sup>. A depressão foi relacionada à perda do desejo e da satisfação sexuais<sup>10,12,14,16,22</sup>.

Apesar de estudos sugerirem impacto negativo da AR sobre a atividade sexual, esses resultados não são sustentados em trabalhos controlados<sup>14,18</sup> e podem ser decorrentes da alta porcentagem de problemas sexuais na população geral<sup>4</sup>. Por outro lado, reforçam a necessidade de maior conhecimento sobre as alterações sexuais e problemas específicos relacionados à doença.

## Espondiloartropatias

Estudos avaliando problemas sexuais em pacientes com EAs ainda são escassos. A limitação na mobilidade das articulações intervertebrais da coluna lombar é apontada como importante causa frente à inabilidade física durante o intercurso e certamente contribui para a insatisfação sexual<sup>23-25</sup>.

Desconforto sexual significativo foi identificado em 7% e moderado em 27% dos pacientes com EAs<sup>26</sup>. Homens com EAs apresentam funções erétil e orgásmica significativamente diminuídas em

relação aos controles saudáveis<sup>24</sup>. Embora não apresentem alteração do desejo sexual, a satisfação com o intercurso e a satisfação geral também são menores, sendo a rigidez matinal maior que 4 horas, única condição encontrada que se relacionou diretamente com a DE<sup>24</sup>. Uma comparação de homens com EAs e controles sadios também mostrou diferença significativa em relação ao *drive* sexual, ereção, problemas de afirmação e satisfação geral, e identificou que dor, rigidez matinal, fadiga e limitação funcional estavam associadas com disfunção sexual, depressão e ansiedade<sup>25</sup>. Por outro lado, outros estudos não mostraram diferença entre pacientes com EAs e controles saudáveis ao considerarem o impacto das espondiloartropatias sobre o funcionamento sexual<sup>18,23</sup>.

Alguns trabalhos evidenciaram que pacientes com EAs apresentam hipogonadismo associado à DE e diminuição da libido, com redução nos níveis de androgênio, quando comparados com os controles<sup>15,27</sup>. Porém, essas alterações dos hormônios sexuais não foram confirmadas por outros pesquisadores<sup>28,29</sup>.

Mais de 50% dos homens com EAs referem impacto negativo da doença sobre suas vidas sexuais, com maior limitação funcional decorrente de problemas físicos, referentes principalmente à vitalidade, energia, fadiga, saúde mental e saúde em geral<sup>2</sup>. Problemas no relacionamento familiar, determinados por alterações no intercurso sexual, na satisfação e no desejo sexual também foram identificados em mais de 50% dos pacientes com EAs<sup>30</sup>.

Não existe estudo conduzido especificamente para pacientes com artrite psoriásica (APs). Porém, é importante ressaltar que na APs, não só o componente articular da doença, mas o envolvimento cutâneo exerce impacto negativo no bem-estar físico, emocional e social do indivíduo, devido à menor auto-estima e imagem corporal negativa, além do estigma social decorrente dessas lesões<sup>31</sup>. De fato, uma análise de quase 18 mil pacientes psoriásicos revelou que 31% apresentavam comprometimento articular<sup>32</sup>. Impacto negativo na vida sexual ocorreu em 27% na faixa etária entre 18 e 54 anos e em 13% naqueles com idades superiores à 55 anos<sup>32</sup>.

Nas espondiloartropatias relacionadas à doença inflamatória intestinal (DII), estudos sobre DS mostraram que dispareunia é freqüente<sup>33</sup> e que a depressão é o principal fator determinante de DS<sup>34</sup>.

## Lúpus Eritematoso Sistêmico

O LES é uma doença multissistêmica auto-imune que pode determinar DS de diversas formas. A fadiga que ocorre no LES é um dos principais determinantes para diminuição do *drive* sexual e é sabido que este sintoma ocorre principalmente na doença ativa, mas também naqueles com doença bem controlada, podendo ser exacerbada na presença de anemia<sup>35</sup>. Depressão e ansiedade, que fazem parte do espectro do lúpus neuropsiquiátrico, exercem impacto negativo na sexualidade, na auto-estima e na qualidade do relacionamento interpessoal.

Existem relatos de que a franca atividade inflamatória da doença pode causar hipogonadismo em homens com LES<sup>36,37</sup>. Porém, nem o hipogonadismo nem a disfunção testicular necessariamente reduzem a atividade sexual<sup>9</sup>. Por outro lado, pacientes lúpicos apresentam maior incidência de alterações ginecológicas, tais como irregularidade menstrual, endometriose e infecção vaginal, que podem interferir diretamente no funcionamento sexual<sup>35</sup>.

Um dos primeiros estudos que investigou a interferência do LES no desempenho sexual foi o de Innan *et al.*<sup>37</sup> Eles identificaram distúrbios sexuais em 19% dos homens com LES. Posteriormente, estudo com 120 pacientes com LES (114 mulheres) demonstrou alta prevalência de problemas na FS, na fase aguda da doença, em pacientes antes sexualmente ativos<sup>38</sup>. Nessa avaliação, detectaram-se problemas leves na FS em 10% e graves em 4%, e que 20% tinham problemas com a auto-imagem<sup>38</sup>.

Mulheres com LES apresentam maior taxa de abstinência sexual quando comparadas a controles (26% *versus* 4%, respectivamente), menor frequência de atividade sexual (incluindo menor frequência de masturbação e carícias genitais), diminuição na lubrificação vaginal, e ajuste sexual geral mais pobre, além de apresentarem mais depressão<sup>35</sup>. Aumento no desconforto ou dor vaginal durante o intercurso e dificuldade na penetração devido à menor elasticidade vaginal também foram identificados, porém *drive* sexual, motivação, excitação subjetiva, obtenção do orgasmo e satisfação foram similares aos controles<sup>35</sup>.

Recentemente, dois de nossos estudos em FS de pacientes com LES merecem destaque<sup>39,40</sup>. Numa avaliação de 35 homens brasileiros com LES e 35 controles pareados por idade e estadiamento puberal, DS foi evidenciada em 20% dos pacientes

*versus* nenhum dos controles. Além de maiores frequências de DE, ejaculação precoce, anorgasmia e insatisfação sexual foram reportadas nos pacientes em relação aos controles<sup>39</sup>. O outro estudo avaliou 52 adolescentes do sexo feminino com LES juvenil e 52 mulheres adolescentes saudáveis pareadas por idade e estadiamento puberal. A frequência de atividade sexual foi significativamente menor nas pacientes com LES juvenil *versus* controles. Em contraste, as percentagens de disfunção sexual, lubrificação vaginal reduzida, desempenho diminuído, orgasmo reduzido e insatisfação com a vida sexual foram significativamente maiores nas pacientes com LES juvenil comparadas com o grupo controle<sup>40</sup>.

## Esclerose Sistêmica

A ES é certamente, entre as doenças reumatológicas, a que promove maiores alterações da imagem corporal, devido ao comprometimento cutâneo frequentemente grave. Ambas as formas, limitada e difusa, determinam quadros pulmonares que levam à fadiga e à dispnéia, com diminuição do *drive* sexual<sup>17,41</sup>.

O comprometimento dos órgãos genitais com fibrose vaginal e conseqüente diminuição da elasticidade, além do ressecamento, podem dificultar a penetração ou provocar dor. Maior incidência de dispareunia foi encontrada nas pacientes com ES, estando associada ao aumento do ressecamento vaginal e presença de ulcerações e fissuras<sup>17,41</sup>. Além disso, o espessamento cutâneo pode levar a contraturas articulares, podendo comprometer também os quadris e dificultar assumir determinadas posições<sup>41</sup>. Outros sintomas como artralgias/artrites e fraqueza muscular decorrente da atrofia também podem impactar negativamente a FS<sup>17</sup>.

O dano vascular precoce envolvendo pequenos vasos na ES pode afetar todas as fases do funcionamento sexual que dependem da integridade dos mecanismos vasogênicos<sup>42</sup>, desde alterações na excitação, DE até alterações da resposta orgásmica.

De fato, a DE é extremamente freqüente, porém sempre foi subestimada sendo sua primeira descrição na ES feita por Lally e Jimenez<sup>43</sup>. Estudos apontam uma prevalência de DE variando entre 12% e 80% dos homens com ES<sup>44,45</sup>. Embora sua patogênese não seja totalmente conhecida, esta parece ser decorrente muito mais de fatores orgânicos do que de fatores puramente psicogênicos,

sendo determinada por fluxo sanguíneo prejudicado frente à vasculopatia e alterações fibróticas do corpo cavernoso, com diminuição da pressão sanguínea peniana<sup>9,46</sup>. Estudos mostraram que na ES não existe relação entre DE e níveis de testosterona ou de gonadotrofinas<sup>44,45</sup>, mas relacionam-se com maior incidência de fenômeno de Raynaud<sup>45</sup>, corroborando a etiologia vasculogênica.

Diminuição do desejo sexual foi identificada em estudo de ES, além de diminuição no número de intercursos sexuais e diminuição no número e na intensidade dos orgasmos dos pacientes<sup>17</sup>. A participação da doença ficou bem evidente ao se constatar diminuição do número de intercursos sexuais mensais e do índice de satisfação sexual quando comparados ao ano anterior ao início da doença<sup>17</sup>.

## Síndrome de Sjögren

A principal característica da SS é o comprometimento glandular, devido à presença de processo inflamatório linfocítico<sup>47</sup>. A SS primária (SSp) afeta principalmente mulheres, com picos de incidência entre os 20 e 30 anos e um segundo por volta dos 50 anos, durante a menopausa<sup>47</sup>. Dessa forma, afeta o desempenho sexual tanto de mulheres jovens quanto de mulheres no climatério/menopausa com piora dos sintomas de ressecamento vaginal.

A diminuição da produção do muco cervical leva ao ressecamento vaginal, determinando vaginite atrófica, que por si só causa dispareunia e prurido. A dispareunia é identificada em 40 a 60% das pacientes com SSp, porém a frequência do intercuro sexual não está necessariamente diminuída<sup>48-50</sup>. De fato, apesar da maior prevalência de dispareunia nas pacientes com SSp (40%) do que em controles (3%), não foi encontrada diferença na atividade sexual entre os grupos<sup>48</sup>. Esse estudo mostrou ainda que cerca de metade das pacientes com este sintoma apresentavam etiologia óbvia para a queixa, tal como trauma e inflamação, e não foi relacionada primariamente a manifestações clínicas ou sorológicas da SSp<sup>48</sup>. Soma-se a estes dados o fato de que pacientes com SSp também apresentam maior incidência de endometriose, que sabidamente está relacionada à dispareunia e distúrbios da FS, interferindo negativamente no relacionamento interpessoal da paciente<sup>50</sup>.

Alguns estudos em animais sugerem a hipótese

de influência dos andrógenos na SSp, pois foi identificada diminuição desses hormônios em mulheres com a doença<sup>51,52</sup>. O DHEA-S é menor na SSp em relação a controles e existe uma correlação positiva entre seus níveis séricos e alterações do bem-estar geral, mas negativa nos escores de excitação, desejo e satisfação<sup>49</sup>. Baixos níveis de DHEA-S são relacionados à diminuição na qualidade da vida sexual dessas pacientes<sup>49</sup>. Porém, ainda existem controvérsias sobre o impacto dos níveis hormonais nas manifestações da doença já que em estudos como o de Hartkamp et al. não houve melhora da fadiga, bem-estar mental e humor deprimido em mulheres com SSp que receberam DHEA quando comparadas aos controles<sup>53</sup>.

## Vasculites

As vasculites englobam um grupo bastante heterogêneo de doenças que apresentam como característica comum a inflamação da parede dos vasos.

A doença de Behçet (DB) é uma vasculite multissistêmica caracterizada principalmente por ulcerações recorrentes de mucosas<sup>54</sup>. As ulcerações orais e genitais podem ser extensas e muito dolorosas, afetando mais frequentemente língua, lábios, gengivas e mucosa oral<sup>54</sup>. As lesões genitais no homem ocorrem mais frequentemente no escroto, afetando raramente o pênis, e na mulher principalmente na vulva, vagina e colo uterino<sup>54</sup>. Ulcerações genitais podem provocar dispareunia na mulher e dor escrotal nos homens. Outro aspecto importante, além da dor, é que a presença destas ulcerações pode ser interpretada pelo parceiro como sinal de doença venérea, prejudicando o relacionamento interpessoal e a auto-imagem. Estudo com homens com envolvimento neurológico pela DB identificou prevalência de DE, de várias etiologias, em 63% dos pacientes<sup>55</sup>. Presença de DS em mulheres com DB mostrou escores significativamente piores em todos os domínios avaliados (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) *versus* controles<sup>56</sup>. Entretanto, foi identificada somente uma relação entre disfunção sexual e humor depressivo, sem relação com a presença de ulcerações genitais<sup>56</sup>.

A poliarterite nodosa frequentemente envolve o trato genital, tanto masculino quanto feminino<sup>57</sup>. Além de causar dor testicular, pode mais raramente comprometer pênis<sup>58</sup>, colo uterino e ovários<sup>57</sup>, situações que levam à dispareunia. Além do envol-

vimento sistêmico e da disfunção causada pela atividade da doença, o processo vasculítico pode afetar os órgãos genitais, comprometendo diretamente o desempenho sexual por dor, hipersensibilidade e necrose local, e indiretamente pelas alterações hormonais por vasculite ovariana e testicular<sup>57</sup>.

Outras vasculites sistêmicas como a arterite de Takayasu, arterite de células gigantes, granulomatose de Wegener merecem mais estudos frente ao seu caráter sistêmico, por alterarem a qualidade de vida física e emocional, e possivelmente interferirem de diferentes formas na FS dos pacientes.

## Miopatias inflamatórias idiopáticas

As MII, entre elas dermatomiosite do adulto, dermatomiosite juvenil e polimiosite, são doenças autoimunes sistêmicas caracterizadas por inflamação muscular crônica e fraqueza muscular progressiva. Um recente estudo multicêntrico brasileiro avaliou 25 pacientes do sexo masculino com MII e 25 controles pareados por idade e estadiamento puberal. As frequências de atividade sexual, número de parceiras com gestações espontâneas após início da doença e uso de preservativo masculino foram significativamente menores nos pacientes com MII *versus* controles<sup>59</sup>.

## Conclusões

As doenças reumáticas que apresentam períodos de franca atividade inflamatória promovem alterações específicas que certamente prejudicam a FS dos pacientes. Mesmo nas fases de controle e remissão do processo inflamatório, podem determinar limitações e seqüelas importantes que determinam DS. O atendimento ao paciente deve incluir discussão dos aspectos da sexualidade e contracepção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

Entretanto, a real dimensão e influência destas doenças sobre a FS ainda necessita de maiores esclarecimentos no sentido de promover estratégias para conduzir de maneira mais apropriada a DS, melhorando a qualidade de vida e o bem-estar destes pacientes. Futuros estudos com populações expressivas de pacientes com doenças reumatológicas e aplicação de instrumentos validados serão necessários.

**Correspondência para:**

Daniel Brito de Araújo  
Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo  
Departamento de Reumatologia  
Rua Pedro de Toledo, 1800  
São Paulo – SP  
CEP: 04.039-004  
E-mail: araujobd@gmail.com

**Referências**

1. Nusbaum MR, Hamilton C, Lenahan P. Chronic illness and sexual functioning. *Am Fam Physician* 2003; 67:347-354.
2. Cakar E, Dincer U, Kiralp MZ et al. Sexual problems in male ankylosing spondylitis patients: relationship with functionality, disease activity, quality of life, and emotional status. *Clin Rheumatol* 2007; 26:1607-1613.
3. Abdo, CH. The male sexual quotient: a brief, self-administered questionnaire to assess male sexual satisfaction. *J Sex Med* 2007; 4:382-389.
4. Abdo CH, Oliveira Jr WM, Moreira Jr ED, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of brazilian women - results of the brazilian study on sexual behavior. *Intern J Impotence Res* 2003; 16:160-166.
5. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R et al. Epidemiology risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004; 1:35-39.
6. Guest JF, Das Gupta R. Health-related quality of life in a UK-based population of men with erectile dysfunction. *Pharmacoeconomics* 2002; 20:109-117.
7. Symonds T, Roblin D, Hart K, Althof S. How does premature ejaculation impact a man's life? *J Sex Marital Ther* 2003; 29:361-370.
8. Østensen M. New insights into sexual functioning and fertility in rheumatic diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2004; 18:219-232.
9. Yoshino S, Uchida S. Sexual problems of women with rheumatoid arthritis. *Arch Phys Med Rehabil* 1981; 62:122-123.
10. Ehrlich GE. Assessment of sexual function in patients with rheumatic disorders. *J Rheumatol* 1998; 25:821-822.
11. Hill J, Bird H, Thorpe R. Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology* 2003; 42:280-286.
12. Abdel-Nasser AH, Ali EI. Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2006; 25:822-830.
13. Ferguson K, Figley B. Sexuality and rheumatic disease: a prospective study. *Sex Disabil* 1979; 2:130-138.
14. Blake DJ, Maisiak R, Alarcon GS, Holley HL, Brown S. Sexual quality of life of patients with arthritis compared to arthritis free controls. *J Rheumatol* 1987; 14:570-576.
15. Gordon D, Beastall GH, Thomson JA, Sturrock RD. Androgenic status and sexual function in males with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *QJM* 1986; 60:671-679.
16. Kraaijmaat FW, Bakker AH, Janssen E, Bijlsma JW. Intrusiveness of rheumatoid arthritis on sexuality in male and female patients living with a spouse. *Arthr Care Res* 1996; 9:120-125.
17. Bhadauria S, Moser DK, Clements PJ et al. Genital tract abnormalities and female sexual function impairment in systemic sclerosis. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:580-587.
18. Elst P, Sybesma T, van der Stadt RJ, Prins APA, Hissink Muller W, den Butter A. Sexual problems in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 1984; 27:217-220.
19. Tengstrand B, Carlstrom K, Hafstrom I. Bioavailable testosterone in men with rheumatoid arthritis-high frequency of hypogonadism. *Rheumatology* 2002; 41:285-289.
20. Gordon D, Beastall GH, Thomson JA, Sturrock RD. Prolonged hypogonadism in male patients with rheumatoid arthritis during flares in disease activity. *Br J Rheumatol* 1988; 27:440-444.
21. Cutolo M, Balleari E, Giusti M, Monachesi M, Accardo S. Sex hormone status in women suffering from rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1986; 13:1019-1023.
22. van Lankveld W, Ruiterkamp G, Naring G, de Rooij DJ. Marital and sexual satisfaction in patients with RA and their spouses. *Scand J Rheumatol* 2004; 33:405-408.
23. Yim SY, Lee IY, Lee JH et al. Quality of marital life in Korean patients with spondyloarthropathy. *Clin Rheumatol* 2003; 22:208-212.
24. Pirildar T, Müezzinoğlu T, Pirildar S. Sexual Function in Ankylosing Spondylitis - A Study of 65 Men. *J Urol* 2004; 171:1598-1600.
25. Dincer U, Cakar E, Kiralp MZ, Dursun H. Assessment of sexual dysfunction in male patients with Ankylosing Spondylitis. *Clin Rheumatol* 2007; 27:561-566.
26. Wordsworth BP, Mowat AG. A review of 100 patients with ankylosing spondylitis with particular reference to socioeconomic effects. *Br J Rheumatol* 1986; 25:175-180.
27. Tapia-Serrano R, Jimenez Balderas FJ, Murrieta S, Bravo-Gatica C, Guerra R, Mintz G. Testicular function in active ankylosing spondylitis. Therapeutic response to human chorionic gonadotrophin. *J Rheumatol* 1991; 18:841-848.
28. Giltay EJ, Popp-Snijders C, van Schaardenburg D, Dekker-Saeyns BJ, Gooren LJ, Dijkmans BA. Serum testosterone levels are not elevated in patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 1998; 25:2389-2394.
29. Mitra D, Elvins DM, Collins AJ. Testosterone and testosterone free index in mild ankylosing spondylitis: relationship with bone mineral density and vertebral fractures. *J Rheumatol* 1999; 26:2414-2417.
30. Özgül A, Peker F, Taskaynatan MA, Tan AK, Dinçer K, Kalyon TA. Effect of ankylosing spondylitis on health-related quality of life and different aspects of social life in young patients. *Clin Rheumatol* 2006; 25:168-174.
31. Husted JA, Gladman DD, Farewell VT, Cook RJ. Health-related quality of life of patients with psoriatic arthritis.

- titis: a comparison with patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2001; 45:151-158.
32. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The Impact of Psoriasis on Quality of Life. Results of a 1998 National Psoriasis Foundation Patient-Membership Survey. *Arch Dermatol*. 2001; 137:280-284.
  33. Moody G, Probert CS, Srivastava EM, Rhodes J, Mayberry JF. Sexual dysfunction amongst women with Crohn's disease: a hidden problem. *Digestion* 1992; 52:179-183.
  34. Timmer A, Bauer A, Dignass A, Rogler G. Sexual function in persons with inflammatory bowel disease: a survey with matched controls. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5:87-94.
  35. Curry SL, Levine SB, Corty E, Jones PK, Kurit DM. The impact of systemic lupus erythematosus on women's sexual functioning. *J Rheumatol* 1994; 21:2254-2260.
  36. Mok CC, Lau CS. Profile of sex hormones in male patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2000; 9:252-257.
  37. Inman RD, Javonovic L, Markenson JA, Longcope C, Dawood MY, Lockshin MD. Systemic lupus erythematosus in men. Genetic and endocrine features. *Arch Intern Med* 1982; 142:1813-1815.
  38. Stein H, Walters K, Dillon A, Schulzer M. Systemic Lupus Erythematosus - A Medical and Social Profile. *J Rheumatol* 1986; 13:570-576.
  39. Silva CA, Bonfa E, Borba EF et al. Saúde reprodutiva em homens com lúpus eritematoso sistêmico. *Rev Bras Reumatol* 2009; 49:207-22.
  40. Silva CA, Febrônio MV, Bonfá E, Pereira RM, Pereira EA, Takiuti AD. Função sexual e saúde reprodutiva em mulheres adolescentes com lúpus eritematoso sistêmico. *Rev Bras Reumatol* 2009 (in press).
  41. Sampaio-Barros PD, Samara AM, Marques Neto JF. Gynaecologic history in systemic sclerosis. *Clin Rheumatol* 2000; 19:184-7.
  42. Gabrielli A, Avvedimento EV, Krieg T. Scleroderma. *N Eng J Med* 2009; 360:1989-2003.
  43. Lally EV, Jimenez SA. Impotence in progressive systemic sclerosis. *Ann Intern Med* 1981; 95:150-155.
  44. Nowlin NS, Brick JE, Weaver DJ et al. Impotence in scleroderma. *Ann Intern Med* 1986; 104:794-798.
  45. Hong P, Pope JE, Ouimet JM, Rullan E, Seibold JR. Erectile dysfunction associated with scleroderma: a case-control study of men with scleroderma and rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2004; 31:508-513.
  46. Walker UA, Tyndall A, Ruszat R. Erectile dysfunction in systemic sclerosis. *Ann Rheum Dis* 2009; 68:1083-1085.
  47. Fox RI. Sjögren's syndrome. *Lancet* 2005; 366:321-331.
  48. Skopouli F, Papanikolaou S, Malamou-Mitsi V, Papanikolaou N, Moutsopoulos H. Obstetric and gynaecological profile in patients with primary Sjögren's syndrome. *Ann Rheum Dis* 1994; 53:569-573.
  49. Valtysdottir ST, Wide L, Hällgren R. Mental wellbeing and quality of sexual life in women with primary Sjögren's syndrome are related to circulating dehydroepiandrosterone sulphate. *Ann Rheum Dis* 2003; 62:875-879.
  50. Haga HJ, Gjesdal CG, Irgens LM, Østensen M. Reproduction and gynaecological manifestations in women with primary Sjögren's syndrome: a case-control study. *Scand J Rheumatol* 2005; 34:45-48.
  51. Valtysdottir ST, Wide L, Hällgren R. Low serum dehydroepiandrosterone sulphate (DHEA-S) in women with primary Sjögren's syndrome as an isolated sign of impaired HPA-axis function. *J Rheumatol* 2001; 28:1259-1265.
  52. Sullivan D, Bélanger A, Cermak JM et al. Are Women with Sjögren's Syndrome Androgen-Deficient? *J Rheumatol* 2003; 30:2413-2419.
  53. Hartkamp A, Geenen R, Godaert GL et al. Effect of dehydroepiandrosterone administration on fatigue, well-being, and functioning in women with primary Sjögren syndrome: a randomized controlled trial. *Ann Rheum Dis* 2008; 67:91-97.
  54. Marshall SE. Behçet's disease. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2004; 18:291-311.
  55. Erdoğru T, Koçak T, Serdaroğlu P, Kadioğlu A, Tellaloğlu S. Evaluation and therapeutic approaches of voiding and erectile dysfunction in neurological Behçet's syndrome. *J Urol* 1999; 162:147-153.
  56. Koçak M, Başar MM, Vahapoğlu G, Mert HC, Güngör S. The effect of Behçet's disease on sexual function and psychiatric status of premenopausal women. *J Sex Med* 2009; 6:1341-1348.
  57. Fraenkel-Rubin M, Ergas D, Stoecker ZM. Limited polyarteritis nodosa of the male and female reproductive systems: diagnostic and therapeutic approach. *Ann Rheum Dis* 2002; 61:362-364.
  58. Karademir K, Senkul T, Atasoy E, Yildirim S, Nalbant S. Ulcerative necrosis of the glans penis resulting from polyarteritis nodosa. *J Clin Rheumatol* 2005; 11:167-169.
  59. Silva CA, Moraes AJ, Leal MM et al. Aspectos da saúde reprodutiva em homens com miopatia inflamatória. Um estudo multicêntrico. *Rev Bras Reumatol* 2009 (in press).