

**DISFUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTES DO SEXO FEMININO COM
ARTRITE REUMATOIDE ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE
REUMATOLOGIA DO IMIP**

**SEXUAL DYSFUNCTION IN FEMALE PATIENTS WITH RHEUMATOID
ARTHRITIS FROM RHEUMATOLOGY OUTPATIENT CLINIC AT IMIP**

AMANDA FERNANDES VIEIRA MENDES DA SILVA

AMANDA CALHEIROS BERTAO

MARINA DE OLIVEIRA STOJANOVIC GOMES

FLÁVIA ANCHIELLE CARVALHO DA SILVA

PROF. LAURINDO FERREIRA DA ROCHA JUNIOR

2017

**DISFUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTES DO SEXO FEMININO COM
ARTRITE REUMATOIDE ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE
REUMATOLOGIA DO IMIP**

**SEXUAL DYSFUNCTION IN FEMALE PATIENTS WITH RHEUMATOID
ARTHRITIS FROM RHEUMATOLOGY OUTPATIENT CLINIC AT IMIP**

AMANDA FERNANDES VIEIRA MENDES DA SILVA

Estudante do 8º período de Medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

E-mail: amandafvieiramendes@gmail.com

AMANDA CALHEIROS BERTAO

Estudante do 8º período de Medicina FPS

E-mail: amanda_1995@hotmail.com

MARINA DE OLIVEIRA STOJANOVIC GOMES

Estudante do 8º período de Medicina na FPS

E-mail: marina.deoli@yahoo.com.br

FLÁVIA ANCHIELLE CARVALHO DA SILVA

Ginecologista do IMIP e tutora do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de
Saúde (FPS)

E-mail: flaviaanchielle83@gmail.com

LAURINDO FERREIRA DA ROCHA JUNIOR

Reumatologista do IMIP e Tutor do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de
Saúde (FPS)

E-mail: laurindorochajr@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A artrite reumatoide (AR) é uma doença sistêmica crônica e progressiva de causa desconhecida, que acomete predominantemente a membrana sinovial das articulações, podendo resultar em destruição óssea e cartilaginosa. A doença pode levar a vários graus de incapacidade, impactando vários aspectos da vida do paciente, incluindo sua função sexual. Isso pode se manifestar como redução no desejo e satisfação sexual e, algumas vezes, incapacidade sexual. **OBJETIVO:** avaliar o impacto da AR na função sexual de pacientes do sexo feminino com a doença.

MÉTODOS: trata-se de um estudo transversal e analítico, envolvendo as pacientes atendidas no Ambulatório de Reumatologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). A coleta de dados clínicos e demográficos (idade, sexo, procedência, naturalidade, hábitos de vida, tempo de doença, manifestações clínicas, comorbidades e medicações em uso) foi feita por revisão de prontuários ou por entrevista com a paciente. Todas as pacientes preencheram os critérios de classificação de AR do ACR (Colégio Americano de Reumatologia) 1987 ou os critérios ACR/EULAR (Liga Europeia contra Reumatismo) 2010. A presença de disfunção sexual foi avaliada por meio da aplicação índice de função sexual feminina (*Female Sexual Function Index* – FSFI) pela paciente após o consentimento da mesma. A análise estatística dos dados foi realizada pelo software *GraphPad Prism* versão 6.0.

RESULTADOS: Foram avaliadas 40 mulheres, com média de idade de 53 anos e tempo de doença médio de 68,2 meses. Dessas, pacientes foi encontrado fator reumatoide positivo em 57,5%. A ocorrência de disfunção sexual nesse grupo foi de 82,5% (33 mulheres). Houve correlação estatística significativa entre a ocorrência de

disfunção sexual em pacientes que apresentavam os seguintes parâmetros: alto IMC, PA mais elevada, maior tempo de duração da doença e idade elevada. **CONCLUSÕES:** Não foi encontrada correlação ou associação no presente estudo entre a ocorrência de disfunção sexual e ocupação, escolaridade, atividade da doença (CDAI e DAS – 28), incapacidade funcional (HAQ) ou uso de medicações sintéticas ou biológicas, porém comprovou-se que idade mais elevada e maior tempo de doença estão diretamente relacionadas a menores índices de FSFI, caracterizando pior vida sexual. Parâmetros não relacionados a AR como altos níveis pressóricos e alto IMC também apresentaram relação com o grau de disfunção sexual.

PALAVRAS-CHAVE: artrite reumatoide; disfunção sexual, sexualidade.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic and progressive systemic disease of unknown cause, which predominantly affects the synovial membrane of the joints possibly resulting in bone and cartilaginous destruction. The disease may lead to several degrees of disability, impacting various aspects of the patient's life, including their sexual function. This may manifest as a reduction in sexual desire and satisfaction, and occasionally sexual inability. **OBJECTIVE:** evaluate the impact of RA on the sexual function of female patients with the disease. **METHODS:** This is a cross-sectional and analytical study, involving the patients treated at the Rheumatology Outpatient Clinic of the Institute of Integral Medicine Prof. Fernando Figueira (IMIP). The collection of clinical and demographic data (age, sex, origin, place of birth, life habits, time of disease, clinical manifestations, comorbidities and medications in use) was done by review of medical records or by interview with the patient. All patients met the ACR (American College of Rheumatology) 1987 RA criteria or the ACR / EULAR

(European League against Rheumatism) criteria. The presence of sexual dysfunction was evaluated through completion of the female sexual function index (Female Sexual Function Index - FSFI) by the patients after their consent. Statistical analysis of the data was performed by GraphPad Prism software version 6.0. **RESULTS:** A total of 40 women were evaluated, with a mean age of 53 years and an average disease time of 68.2 months. from these patients, a positive rheumatoid factor was found in 57.5%. The occurrence of sexual dysfunction in this group was 82,5% (33 women). There was a statistically significant correlation between the occurrence of sexual dysfunction in patients with the following parameters: high BMI, higher BP, longer duration of the disease and higher age. **CONCLUSIONS:** No correlation or association was found in the present study between the occurrence of activity disease (CDAI and DAS - 28) , functional disability (HAQ) or use of synthetic or biological medications, but evidence was found that the higher age and longer time of illness are directly related to lower rates of FSFI, characterizing worse sex life. Non-RA parameters such as high blood pressure and high BMI were also related to the degree of sexual dysfunction.

KEY WORDS: rheumatoid arthritis; Sexual dysfunction, sexuality.

INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença sistêmica crônica, de etiologia desconhecida, caracterizada por poliartrite periférica, simétrica e com potencial para gerar deformidades articulares permanentes, (1,2) cuja base fisiopatológica consiste na inflamação da membrana sinovial. É uma condição que acomete cerca de 1% da população mundial adulta, com predomínio no sexo feminino, afetando duas a três vezes mais do que o sexo masculino (1,3). Além de diminuir a expectativa de vida em relação à população em geral, a longo prazo, a AR provoca efeitos deletérios em vários aspectos da vida do paciente, uma vez que limita sua mobilidade física, reduz sua capacidade funcional (2), o que, por sua vez, repercute na vida socioeconômica, e, não raro, na saúde mental do paciente com AR.

Adicionalmente às consequências da AR já citadas, outro importante aspecto da vida do paciente que frequentemente é atingido é a sua vida sexual. Ao contrário das demais áreas afetadas da vida, a sexualidade do indivíduo com AR é um tema ainda pouco abordado nos consultórios, além de pouco discutido na literatura. Uma pesquisa recente conduzida por Brito et al mostrou, por exemplo, que apenas 12% dos seus pacientes foram abordados sobre o assunto sexualidade nas consultas (4).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde sexual corresponde à integração dos aspectos somático, emocional, intelectual e social do ser humano e é considerada um dos indicadores de qualidade de vida (5). Assim, o surgimento de algum problema em qualquer dessas esferas tem o potencial de repercutir na

sexualidade do indivíduo, podendo originar disfunções sexuais e, por conseguinte afetar a saúde global e bem estar do indivíduo.

As disfunções sexuais são caracterizadas pela presença de alguma alteração no ciclo de resposta sexual, compreendido pelas fases de desejo, excitação, orgasmo e resolução, ou dor durante o ato sexual (5). Os efeitos deletérios causados pela AR sobre a mobilidade física e mental produzem principalmente dois tipos de problemas à vida sexual: dificuldade de performance sexual (incapacidade sexual), por limitações físicas e dor, e diminuição do impulso sexual por dificuldades psicológicas devido ao constrangimento com o próprio corpo modificado pela doença e insegurança em relação ao interesse do parceiro (4,6), originando vários tipos de disfunções sexuais. A porcentagem de pacientes com AR e disfunções sexuais varia de acordo com os estudos entre 31% a 76% (6,7,8).

Apesar do conhecimento de que doenças crônicas de modo geral têm o potencial para interferir negativamente na vida sexual de seus portadores, médicos raramente abordam esse tema nos consultórios. Os pacientes, por sua vez, evitam igualmente o assunto, em geral por motivo de constrangimento. Assim, a função sexual permanece sendo um assunto negligenciado na reumatologia e, por consequência, os pacientes perdem a oportunidade de receberem uma terapêutica adequada (3). O presente estudo teve como objetivo avaliar a função sexual de pacientes do sexo feminino com diagnóstico de artrite reumatoide.

MÉTODOS

Foi desenvolvido um estudo de corte transversal, realizado no ambulatório de reumatologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

O presente estudo mostra os resultados de uma pesquisa realizada entre o período de agosto de 2016 até julho de 2017. As 40 pacientes incluídas na amostra da pesquisa têm idade maior que 18 anos foram classificadas como AR de acordo com os critérios de classificação do Colégio Americano de Reumatologia de 1987 (9) e/ou critérios do ACR/EULAR 2010 (10). Foram excluídas pacientes que não tinham antecedente de relação sexual.

Utilizou-se um questionário breve e auto aplicável, o FSFI (do inglês, Female Sexual Function Index) para coletar dados sobre a vida sexual das pacientes participantes da pesquisa. O FSFI é um questionário que se propõe avaliar a resposta sexual feminina em seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor através da proposição de 19 questões. O cálculo do questionário respondido é feito através da soma dos escores de cada domínio, multiplicando esse resultado pelo fator de correção que homogeneiza a influência de cada domínio. Se o escore total for ≤ 26 , está indicada a presença de disfunção sexual (11-15). As pacientes foram instruídas sobre a aplicação do questionário, e responderam o mesmo após assinatura do Termo De Consentimento Livre e Esclarecido. Em um segundo momento, após a auto aplicação do FSFI, as pacientes foram entrevistadas pelos pesquisadores sobre dados clínicos e socioeconômicos.

A análise estatística foi realizada utilizando o programa de bioestatística GraphPad Prism , versão 6.0.1. Os resultados foram avaliados por análise univariada e

as medidas de associação foram realizadas usando o teste não paramétrico de Mann-Whitney para as variáveis de distribuição anormal e o teste t de Student para as variáveis de distribuição normal. As medidas de correlação foram realizadas utilizando o teste de correlação de Pearson e o de Spearman, para variáveis de distribuição normal e anormal, respectivamente. Os resultados são apresentados na forma de média e desvio-padrão ou de mediana e interquartil (25% - 75%).

O presente estudo obedeceu aos termos preconizados pela Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa em seres humanos e foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP (parecer no. 1.829.234).

RESULTADOS

Foram avaliadas 40 mulheres, com média de idade de 53 anos (dp=10.03) e foi encontrado fator reumatoide positivo em 57,5% dessas pacientes. As características gerais dessas pacientes estão representadas na Tabela 1.

As pacientes apresentaram um tempo de doença médio de 68,2 meses (dp=80.95). Em relação à escolaridade, 22,5% das pacientes eram analfabetas, 37,5% possuíam o ensino fundamental I completo, 12,5% possuíam o ensino fundamental II completo, 17,5% possuíam ensino médio completo e 10% possuíam ensino superior completo. Com relação a renda familiar, 15% das pacientes recebiam menos de 1 salário mínimo por mês, 57,5% recebiam de 1 a 2 salários mínimos por mês, 25% recebiam de 2 a 4 salários mínimos por mês e 2,5% recebiam mais de 4 salários mínimos por mês. 30% das pacientes declararam estar em atividade laboral. Nossas pacientes apresentavam um alto grau de sobrepeso e obesidade, perfazendo 70% do total das pacientes. No grupo estudado, 30% faz uso de terapia biológica, enquanto que a maioria está em uso de corticoide (70%) e/ou metotrexato (52,5%) ou Leflunomida (37,5%).

Dentre os parâmetros avaliados, os que se correlacionam com a atividade da AR segundo a literatura(16) são: escalas visuais da dor pelo paciente, da atividade de doença pelo paciente e pelo médico, número de articulações dolorosas e edemaciadas, instrumentos de avaliação da capacidade funcional (como o Health Assessment Questionnaire - HAQ), provas inflamatórias (velocidade de hemossedimentação, VHS, e/ou proteína C-reativa, PCR), fadiga, duração da rigidez matinal, radiografia de mãos, punhos e pés. Utilizando esses parâmetros, foram criados e validados índices compostos da atividade de doença (ICAD). Os principais índices são baseado na contagem simplificada de 28 articulações (*Disease Activity Score 28*) e o índice clínico de

atividade de doença (CDAI - *Clinical Disease Activity Index*). No grupo estudado, a maioria das pacientes encontrava-se em atividade severa da doença, como demonstrados pelos índices compostos de atividade da doença CDAI e DAS28. De acordo com o DAS-28, 7,5% das pacientes estavam em remissão da doença, 2,5% estavam em atividade leve, 37,5% estavam em atividade moderada e 52,5% estavam em atividade severa. Já de acordo com o CDAI, 2,5% dos pacientes estavam em remissão da doença, 15% estavam em atividade leve, 27,5% estavam em atividade moderada e 55% estavam em atividade grave da doença. Vide Tabela 1.

Tabela 1: Tabela descritiva das pacientes com Artrite Reumatoide

♀ Com AR	
Características	(n = 40)
Idade média em anos (\pm DP)	53,0 (dp=10.03)
Tempo de doença em meses (\pm DP)	68,2 (dp=80.95)
Fator reumatoide (%)	
Positivo	57,5
Negativo	40,0
Escolaridade	
Analfabeta (n%)	22,5
Ensino Fundamental I (n%)	37,5
Ensino Fundamental II (n%)	12,5
Ensino Médio (n%)	17,5
Ensino Superior (n%)	10,0
Renda familiar mensal (n%)	
<1SM	15,0
1 até 2 SM	57,5
>2 a 4 SM	25,0
> 4SM	2,5

Em atividade laboral(n%)	30
Peso	
Peso normal (n%)	30
Sobrepeso(n%)	30
Obesidade(n%)	40
Tratamento(n%)	
AINES	0
Corticoide	70
Metotrexato	52,5
Leflunomida	37,5
Agentes Antimaláricos	0
Biológicos	30
DAS28: Atividade da doença (n%)	
Remissão	7,5
Leve	2,5
Moderada	37,5
Severa	52,5
CDAI	
Remissão	2,5
Leve	15,0
Moderada	27,5
Severa	55,0

Nas 40 pacientes avaliadas, a prevalência de disfunção sexual foi de 82,5% (33 pacientes). A tabela 2 mostra o resultado dos valores encontrados do FSFI e dos seus domínios do grupo de pacientes . O domínio mais afetado do questionário foi o referente à excitação com média de 1,380 (desvio padrão \pm). Já o domínio menos afetado foi o referente ao desejo, com média de 2,640. Todos os domínios avaliados

resultaram num FSFI com média de 10,91, corroborando o alto índice de pacientes com disfunção sexual.

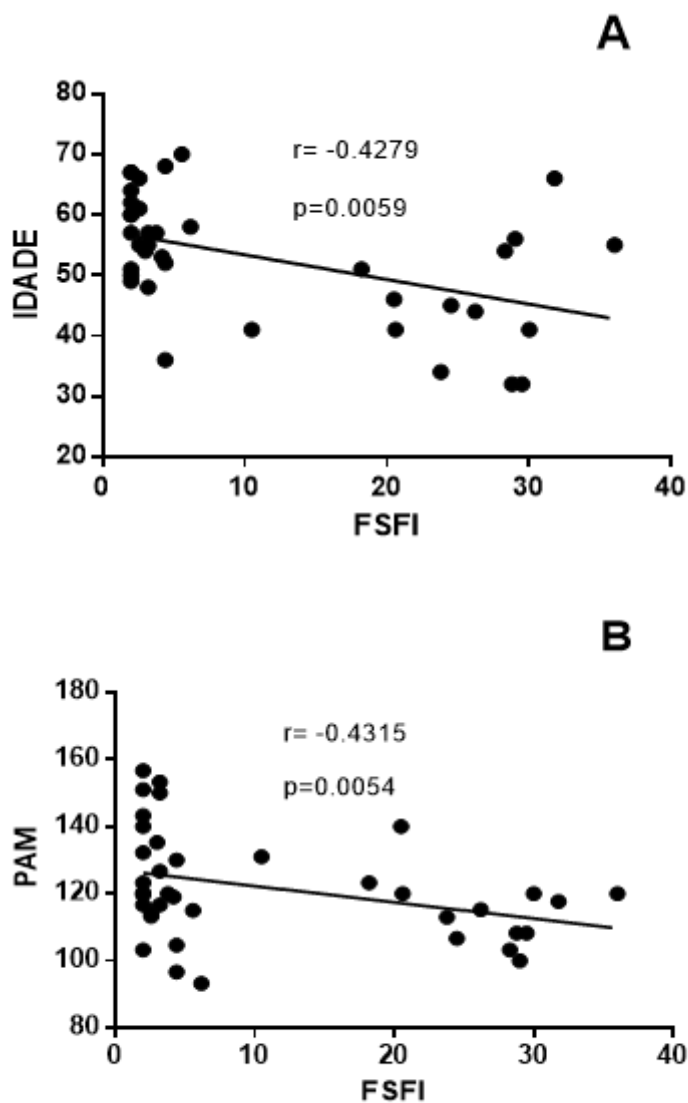
Tabela 2: Valores encontrados do FSFI e seus domínios das pacientes com AR

	MÉDIA	DP	MEDIANA	INTERQUARTIL (25%-75%)	VARIAÇÃO
DESEJO	2,640	1,33	2,40	1,2-3,6	1,2-6,0
EXCITAÇÃO	1,380	2,019	0	0-3,50	0-6,0
LUBRIFICAÇÃO	1,568	2,291	0	0-4,125	0-6,0
ORGASMO	1,63	2,358	0	0-4,3	0-6,0
SATISFAÇÃO	2,123	2,046	0,8	0,8-3,8	0,8-6,0
DOR	1,76	2,536	0	0-4,2	0-8,0
FSFI	10,91	11,55	4,0	2,0-23,0	2,0-36,0

DP-desvio padrão

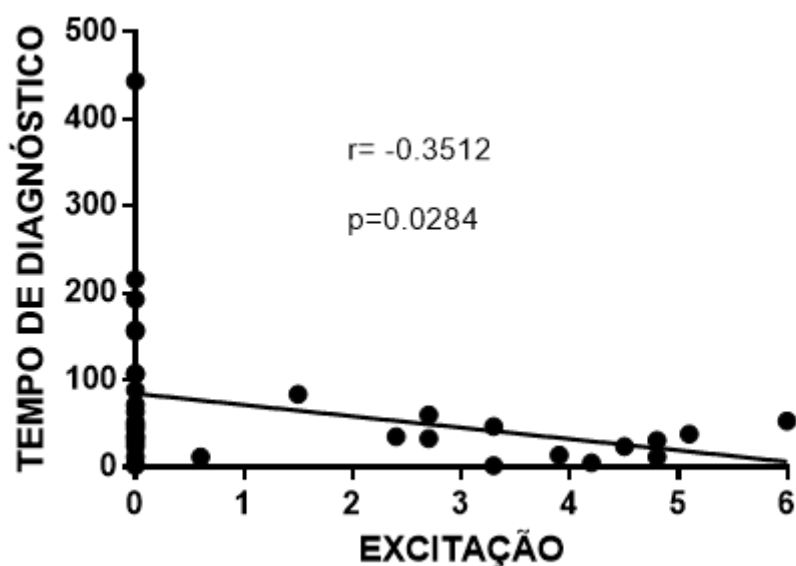
Na avaliação das faixas etárias e da pressão arterial média (Figura 1) , foi encontrada correlação entre essas variáveis e o resultado de FSFI, sendo que quanto maior a idade e/ou pressão arterial, o FSFI tenderia a ter um pior resultado(ou seja, teria um menor valor), demonstrando que esses grupos tendem a sofrer um maior impacto adverso em sua sexualidade.

Figura 1: FSFI e correlações com IDADE (A) e PAM (B).*PAM – pressão arterial média.



Encontramos que o tempo do diagnóstico da doença possui significativa correlação ($p=0.0284$) com o domínio de excitação do FSFI (figura 2). Observamos que quanto maior o tempo da doença do paciente e conseqüentemente de diagnóstico, o domínio referente a excitação tenderia a ter uma pontuação menor.

Figura 2: Correlação do domínio excitação do FSFI com tempo de diagnóstico



Nosso grupo de pacientes apresentava um alto grau de sobrepeso e obesidade. Como 70% das pacientes estavam em algum desses grupos de alto IMC, pudemos constatar que essas pacientes tiveram pior resultado no FSFI em relação a pacientes com IMC normal. Os domínios com resultados mais baixos foram os referentes aos domínios excitação ($p=0.1483$), lubrificação ($p=0.0170$) e satisfação ($p=0.0166$)

Tabela 3: Correlações entre Índice de Massa Corpórea (IMC) e disfunção sexual em pacientes com Artrite Reumatoide (n=40)

	Coeficiente de correlação (r)	Valor de p
FSFI	-0.2952	0.0644
- DESEJO	-0.2328	0.1483
- EXCITAÇÃO*	-0.4169	0.0074
- LUBRIFICAÇÃO*	-0.3752	0.0170

- ORGASMO*	-0.3570	0.0237
- SATISFAÇÃO*	-0.3767	0.0166
- DOR	-0.3061	0.0548

*p < 0.05

Não foi encontrada correlação ou associação no presente estudo entre a ocorrência de disfunção sexual e ocupação, escolaridade, atividade da doença (CDAI e DAS – 28), incapacidade funcional (HAQ) ou uso de medicações sintéticas ou biológicas.

DISCUSSÃO

A AR pode repercutir na função sexual da paciente de várias formas. Existem tanto fatores físicos, que dificultam o ato sexual em si, (10) quanto fatores emocionais envolvidos na gênese das disfunções sexuais. (5,11) que podem contribuir para uma vida sexual menos ativa e menos prazerosa. A dor crônica, baixa autoestima e fadiga podem diminuir o interesse sexual e, assim, reduzir a frequência das relações sexuais.(5,17)

Avaliamos 40 mulheres, com média de idade de 53 anos e tempo de doença médio de 68,2 meses. A prevalência de disfunção sexual (FSFI<26) foi de 82,5% (33 pacientes), resultado semelhante ao encontrado por de Almeida et al. que apontaram uma taxa de 79,6% de casos de disfunções sexuais em pacientes com AR (19), e Abdel-Nasser et al., que obtiveram um resultado com mais 60% das pacientes com AR e alguma dificuldade sexual (20).

Costa et. al apesar de terem avaliado pacientes com AR inicial, obtiveram uma prevalência de disfunção sexual de 79,6% (6). Esse resultado elevado pode estar relacionado a outros fatores que influenciam a função sexual, além daqueles que são consequência diretas da doença, como questões emocionais e comorbidades como depressão, frequentemente associadas ao diagnóstico de doenças crônicas que não tem cura. Apesar desses aspectos emocionais não terem sido avaliadas em nosso trabalho, Karlsson et al. (21) contataram que os pacientes com AR inicial estão menos satisfeitos com a vida como um todo em comparação com o grupo de referência de pacientes com

doença de longa duração, o que poderia contribuir para resultados semelhantes na questão sexual de pacientes com AR inicial e de longa duração.

Constatamos correlação entre o IMC e a presença de disfunção sexual (Tabela 3), fato esse que já havia sido levantado por García-Poma et al. (22), quando referiram que, pacientes com AR obesos são mais propensos a apresentar redução da qualidade de vida do que pacientes com peso normal, independentemente de outras características, como sexo, idade, atividade de doença, doença extra-articular, presença de fator reumatoide, nível de depressão, situação socioeconômica ou duração da doença. Em estudo brasileiro anterior, Costa et al.(6), apesar de não terem obtido correlação estatística importante entre o IMC elevado e maior prevalência de disfunção sexual, sugeriram que a obesidade estava associada a uma pior qualidade de vida, o que pudemos corroborar com o presente estudo.

Ratificamos os achados anteriores de Costa et al.(6) e Kobelt et al.(23) que mostraram correlação entre a idade das pacientes e o grau de disfunção sexual (Figura 1A). Da mesma forma, observamos que com o aumento da idade, mais domínios do FSFI foram acometidos, resultando em altos índices disfunção sexual ($FSFI < 26$) e maior número de pacientes sem atividade sexual. O declínio da função sexual ao longo do tempo também foi evidenciado por Elst *et al.* ao mostrarem que 50% das pacientes com AR avaliadas por eles perderam o interesse por sexo ao longo do curso da doença (24).

Observamos uma correlação negativa significativa entre os níveis pressóricos e o grau de disfunção sexual (Figura 1B). Outros estudos utilizando o FSFI em grupos de

pacientes do sexo feminino e HAS também demonstraram resultados semelhantes. (25-26) Thomas et al, (27) em grande ensaio clínico randomizado multicêntrico, relataram alta prevalência de disfunção sexual (52,5%) em mulheres com HAS e sexualmente ativas, porém não houve associação entre a quantidade ou classe de medicamentos tomados e o grau de disfunção sexual analisados pelo FSFI, deixando em aberto a possibilidade de que pacientes com maiores níveis de PA apresentam idade mais elevada, assim como mais comorbidades e fazem uso de mais medicações, sendo de relevância o levantamento de mais estudos sobre o assunto.

CONCLUSÃO

A prevalência de disfunção sexual em pacientes portadoras de artrite reumatoide encontrada nesta pesquisa (82,5%) foi superior à prevalência relatada na literatura (31%-76%). Tendo em vista que a sexualidade é influenciada tanto por componentes físicos como emocionais, questões que abrangem esses aspectos merecem ser incluídos dentre os parâmetros que avaliam o curso dessa doença. Há necessidade de mais estudos que avaliem a extensão da disfunção sexual, no que diz respeito a pacientes com AR inicial e de longa data, especialmente nas pacientes que ainda não sofram com o próprio impacto da idade na qualidade de vida sexual , para que sejam oferecidas opções terapêuticas que melhorem a saúde global dessas pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Fronza LSR, Bertolo MB, et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2011;51(3):199–219. □
2. Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Fronza LSR, Bertolo MB, et al. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52(2):152–74.
3. Coskun BNB, Atis G, Ergenekon E, Dilek K. Evaluation of sexual function in women with rheumatoid arthritis. *UrolJ* [Internet]. 2013;10(4):1081–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24469654>
4. Britto MT, Rosenthal SL, Taylor J, Passo MH. Improving rheumatologists' screening for alcohol use and sexual activity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 478-483 [PMID: 10807299 DOI: 10.1001/archpedi.154.5.478]
5. World Health Organization. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Geneva; WHO Press; 2006.
6. Costa TF, Silva CR, Muniz LF, da Mota LMH. Prevalência de disfunção sexual entre pacientes acompanhadas na coorte Brasília de artrite reumatoide inicial. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. Elsevier Editora Ltda.; 2015;55(2):123–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2014.10.006>
7. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(11):2333–44.

8. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005;31:1–20.
9. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31:315-24.
10. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2010; 69(9):1580-8.
11. Tristano AG. Impact of rheumatoid arthritis on sexual function. *World J Orthop* [Internet]. 2014;5(2):107–11. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4017303&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
12. Najjar Abdo CH, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. Vol. 33, *Revista de Psiquiatria Clinica*. 2006. p. 162–7.
13. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(11):2333–44.

14. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005;31:1–20.
15. El Miedany Y, El Gaafary M, El Aroussy N, Youssef S, Ahmed I. Sexual dysfunction in rheumatoid arthritis patients: arthritis and beyond. *Clinical Rheumatology.* 2012 Apr;31(4):601–6.
16. Mota Licia Maria Henrique da, Cruz Bóris Afonso, Brenol Claiton Viegas, Pereira Ivânio Alves, Rezende-Fronza Lucila Stange, Bertolo Manoel Barros et al . Diretrizes para o tratamento da artrite reumatoide. *Rev. Bras. Reumatol.* [Internet]. 2013 Apr [cited 2017 Aug 21] ; 53(2): 158-183. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042013000200004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042013000200004>.
17. Brown GM, Dare CM, Smith PR, Meyers OL. Important problems identified by patients with chronic arthritis. *S Afr Med J.* 1987 Jul;72(2):126-8.
19. Almeida de Almeida, Pedro Henrique Tavares Queiroz, et al. "How the rheumatologist can guide the patient with rheumatoid arthritis on sexual function." *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)* 55.5 (2015): 458-463.
20. Abdel-Nasser AM, Ali EI: Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology.* 2006 Nov;25(6):822-30

21. Karlsson B, Berglin E, Wällberg-Jonsson S. Life satisfaction in early rheumatoid arthritis: a prospective study. *Scand J Occup Ther* 2006; 13: 193-199 [PMID: 17042467 DOI: 10.1080/ 11038120500462337]
22. García-Poma A, Segami MI, Mora CS, Ugarte MF, Terrazas HN, Rhor EA, et al. Obesity is independently associated with impaired quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2007;26:1831–5
23. Kobelt G, Texier-Richard B, Mimoun S, Woronoff AS, Bertholon DR, Perdriger A, Yves Maugars and Bernard Combe. Rheumatoid arthritis and sexuality: A patient survey in France. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2012
24. Elst P, Sybesma T, van der Stadt RJ, Prins AP, Muller WH, den Butter A. Sexual problems in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 1984; 27: 217-220 [PMID: 6696775 DOI: 10.1002/art.1780270214]
25. Chedraui P, Perez-Lopez FR, San Miguel G, Avila C. Assessment of sexuality among middle-aged women using the Female Sexual Function Index. *Climacteric*. 2009;12(3):213–21. [[PubMed](#)]
26. Dargis LT, G, Cadieux J, Villeneuve L, Preville M, Boyer R. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) and presentation of norms in older women. *Sexologies*. 2012;21:126–31.
27. Thomas HN, Chang CC, Dillon S, Hess R. Sexual activity in midlife women: importance of sex matters. *JAMA Intern Med*. 2014;174(4):631–3. [[PubMed](#)]

