



REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

www.reumatologia.com.br



Artigo original

As mulheres com síndrome de Sjögren estão satisfeitas com sua atividade sexual?



Hatice Isik^{a,b,*}, Metin Isik^c, Oner Aynioglu^a, Deniz Karcaaltincaba^d, Ahmet Sahbaz^a, Tugba Beyazcicek^e, Mehmet Ibrahim Harma^a e Nejat Demircan^e

^a Bulent Ecevit University, School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Zonguldak, Turquia

^b Mevlana University, School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Konya, Turquia

^c Bulent Ecevit University, School of Medicine, Department of Rheumatology, Zonguldak, Turquia

^d Gazi University, School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara, Turquia

^e Bulent Ecevit University School of Medicine, Department of Family Medicine, Zonguldak, Turquia

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 25 de agosto de 2015

Aceito em 18 de maio de 2016

On-line em 27 de dezembro de 2016

Palavras-chave:

Síndrome de Sjögren

Dispareunia crônica

Insatisfação sexual

R E S U M O

Objetivo: As mulheres com síndrome de Sjögren (SS) muitas vezes experimentam secura vaginal e dispareunia, juntamente com sintomas glandulares e extraglandulares. Este estudo objetivou avaliar a função sexual e a qualidade de vida de mulheres com SS.

Métodos: Estudaram-se 46 mulheres pré-menopáusicas com SS e 47 controles pareados por idade. Avaliaram-se a idade, a duração da doença, os medicamentos usados e as comorbidades. As participantes preencheram o questionário de qualidade de vida 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) e o Female Sexual Function Index (FSFI). As pacientes foram perguntadas quanto à presença de corrimento e prurido vaginal no último mês e se haviam informado a seus reumatologistas sobre quaisquer problemas sexuais. Fizeram-se exames ginecológicos e esfregaços vaginais de todas as participantes.

Resultados: A mediana do escore total do FSFI foi significativamente menor no grupo SS do que no grupo controle [17,12 (2,4 a 27,8) e 27,4 (16,9 a 36), respectivamente, $p < 0,001$]. Nos grupos SS e controle, 37 (80,4%) e 18 (38,3%) das pacientes estavam sexualmente insatisfeitas, respectivamente ($p < 0,001$). A presença de secura vaginal e o uso de lubrificantes foram significativamente mais frequentes em pacientes com SS em relação aos controles ($p < 0,001$). Os índices de qualidade de vida foram significativamente menores nas pacientes com SS do que nos controles ($p < 0,001$). A secura vaginal esteve negativamente correlacionada com o FSFI total ($r = -0,312$, $p = 0,035$) e com todos os seus subscores, exceto desejo e excitação. Os escores de capacidade funcional, aspecto físico e aspecto emocional se correlacionaram positivamente com a pontuação total do FSFI ($r = 0,449$, $p = 0,002$; $r = 0,371$, $p = 0,011$; $r = 0,299$, $p = 0,043$, respectivamente).

* Autor para correspondência.

E-mails: k.hgonbe@gmail.com, hgonbe2000@yahoo.com (H. Isik).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2016.05.009>

0482-5004/© 2017 Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Conclusões: As mulheres com SS têm menor satisfação com a atividade sexual, o que pode ser afetado pela idade, secura vaginal, dor física e função prejudicada em razão da doença. Portanto, os reumatologistas devem prestar atenção a esses sintomas e seu tratamento.

© 2017 Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Are the women with Sjögren's Syndrome satisfied with their sexual activity?

A B S T R A C T

Keywords:

Sjögren's syndrome
Chronic dyspareunia
Sexual dissatisfaction

Objective: Females with Sjögren's Syndrome (SS) often experience vaginal dryness and dyspareunia, along with glandular and extraglandular symptoms. We aimed to evaluate sexual function and life quality in women with SS.

Methods: Forty-six premenopausal women with SS and 47 age-matched controls were studied. Age, duration of the disease, medications, and comorbid diseases were noted. Participants completed 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) and Female Sexual Function Index (FSFI). Patients were asked about vaginal discharge and itching in the last month, and if they informed their rheumatologists about any sexual problems. Gynecologic examinations were performed and vaginal smears were taken on each participant.

Results: The median total scores of FSFI were significantly lower in the SS group than the controls [17.12 (2.4-27.8) and 27.4 (16.9-36.0), respectively, $p < 0.001$]. In the SS group, 37 (80.4%) and in the control group 18 (38.3%) of patients were sexually dissatisfied ($p < 0.001$). Vaginal dryness and lubricant use were significantly increased in patients with SS compared to controls ($p < 0.001$). Life quality scores were significantly lower in patients with SS than the controls ($p < 0.001$). Vaginal dryness was negatively correlated with FSFI total ($r = -0.312$, $p = 0.035$) and subscores except desire and arousal. Physical functioning, role physical and role emotional scores were positively correlated with total FSFI scores ($r = 0.449$, $p = 0.002$, $r = 0.371$, $p = 0.011$, $r = 0.299$, $p = 0.043$, respectively).

Conclusions: Women with SS experience less satisfaction with sexual activity, which can be affected by age, vaginal dryness, physical pain, and impaired function due to the disease. Therefore, rheumatologists should pay attention to these symptoms and management.

© 2017 Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A síndrome de Sjögren (SS) é uma doença autoimune multissistêmica comum, que afeta principalmente as glândulas exócrinas. Os sintomas clínicos são ressecamento da boca e dos olhos (sicca), decorrente da disfunção das glândulas salivares e lacrimais.^{1,2} Sintomas extraglandulares, como fadiga incapacitante, doença intersticial pulmonar, envolvimento neurológico e artrite são menos frequentemente descritos.³ Na histopatologia da SS, observa-se infiltração linfocítica dos órgãos afetados.³ A SS é uma doença sistêmica classificada como primária ou secundária, cada uma associada a sintomas específicos. A artrite reumatoide é a principal doença relacionada com a SS secundária.⁴

As taxas de incidência e prevalência da síndrome de Sjögren primária (SSp) podem variar nas diferentes populações.^{5,6} Em uma revisão sistemática e metanálise, a prevalência geral da SSp foi de 60,82 (IC 95% 43,69 a 77,94) casos por 100 mil habitantes; a idade geral das pacientes com SSp foi de 56,16 anos (IC 95% 52,54 a 59,78).⁷ As mulheres têm um risco nove vezes maior de ter SS do que os homens.⁸ As

mulheres com SSp muitas vezes experimentam secura vaginal e dispareunia, juntamente com sintomas glandulares e extraglandulares.⁸ A dispareunia crônica pode ser o primeiro sintoma a se manifestar na SSp.⁹ A secura vaginal e a dispareunia afetam a qualidade de vida mais do que outros sintomas da SS.¹⁰

A SS geralmente é encontrada em mulheres sexualmente ativas, o que pode ter um grave impacto sobre a qualidade de vida da paciente; isso inclui questões de saúde emocional, funcional, psicológica, sexual e reprodutiva. A saúde sexual impacta em muitos aspectos da vida de um indivíduo, inclusive a atividade e satisfação sexual.¹¹ Relata-se a presença de disfunção sexual em 24 a 72% dos distúrbios reumáticos.^{12,13} Nessas doenças, a dor, a fadiga, a rigidez, o comprometimento funcional, a depressão, os efeitos colaterais do tratamento e a diminuição na libido também podem afetar a função sexual.¹⁴ A secura vaginal e a dispareunia podem levar à insatisfação sexual.¹⁵

Estudos prévios focaram de modo amplo nos sintomas vaginais e na dispareunia, mas apenas alguns estudos destacaram a disfunção sexual e a angústia em mulheres com SS.^{12,13,16,17} Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade

de vida e a disfunção sexual em um grupo de mulheres turcas com SS. Além disso, buscou-se avaliar se aspectos sociais, físicos e emocionais prejudicam a função sexual nessas mulheres.

Material e métodos

O estudo foi feito entre janeiro de 2014 e fevereiro de 2016 em um hospital de uma universidade estadual, após a aprovação do Comitê de Ética local. As pacientes com SS tinham entre 28 e 48 anos e atendiam aos critérios de classificação para SS do *American College of Rheumatology* (ACR) de 2012.¹⁷ Excluíram-se as mulheres na pós-menopausa, as pacientes com doenças sistêmicas graves e complicações e aquelas que estavam em uso de medicamentos que pudessem provocar uma diminuição na lubrificação vaginal, como os diuréticos ou os antidepressivos. Das 86 mulheres diagnosticadas com SS nos ambulatórios de reumatologia, 46 delas aceitaram participar. Incluíram-se também 47 mulheres saudáveis não menopáusicas como grupo controle. Obteve-se de todas as participantes um consentimento informado por escrito, em conformidade com a Declaração de Helsinque.

Anotaram-se nos prontuários a idade, o status menstrual, a duração da doença, os medicamentos e as comorbidades. As participantes foram informadas sobre o âmbito do estudo e foram convidadas a preencher dois questionários: o *36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) e o *Female Sexual Function Index* (FSFI). Quaisquer questões pouco claras foram explicadas pelos dois autores (HI e TB) do estudo.

A qualidade de vida relacionada com a saúde das pacientes foi avaliada com o questionário *36-Item Short Form Health Survey* (SF-36), que consiste em 36 questões e oito domínios; trata-se de um questionário frequentemente usado, desenvolvido por Ware e Sherbourne em 1992. Kocyigit et al., em 1999, determinaram a sua validade e confiabilidade para a população turca. Os domínios do SF-36 são capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental. Os indivíduos responderam as 36 perguntas dentro do tempo máximo permitido de 10 minutos. Pontuaram-se todos os domínios e calculou-se a soma dos escores dos domínios. As pontuações possíveis vão de 0 e 100, respectivamente, com escore mais altos que indicam uma melhor qualidade de vida.

O FSFI contém 19 itens e avalia a função sexual do paciente, conforme relatado por Rosen et al.¹⁸ e validado para a população turca por Oksuz et al. em 2005.¹⁹ A função sexual é medida em seis subescalas: desejo, excitação, orgasmo, lubrificação, satisfação e dor. Calcula-se a pontuação de cada subescala e a soma produz um FSFI total que varia de 2 a 36.¹⁹ Uma pontuação inferior a 26 é considerada disfunção sexual na versão turca,²⁰ com escores mais altos que indicam uma melhor função sexual.

As pacientes foram perguntadas quanto à presença de corrimento vaginal e prurido no último mês, ou no momento do exame, e se tinham informado a seus reumatologistas sobre quaisquer problemas sexuais. Fizeram-se exames ginecológicos em todas participantes, coletaram-se simultaneamente

Tabela 1 – Características demográficas e da doença das pacientes

Dados demográficos	SS (n = 46)	Controle (n = 47)
Idade, média ± DP (anos) ^a	40,43 ± 5,1	39,77 ± 3,2
Duração da doença, mediana (min-máx)	5,3 (3-8)	–
Comorbidades, n (%)		
Sim	13 (27,3%)	–
AR	5 (10,9%)	–
LES	6 (13,0%)	–
DPI	2 (4,4%)	–
Não	33 (71,7%)	47 (100%)
Tratamento farmacológico, n (%)		
HCQ	5 (10,9%)	–
Corticosteroides	8 (17,4%)	–
AINE	11 (23,9%)	–
HCQ + corticosteroides	15 (32,6%)	–
HCQ + corticosteroides + AINE	7 (15,2%)	–
AINE, anti-inflamatórios não esteroides; AR, artrite reumatoide; DPI, doença pulmonar intersticial; HCQ, hidroxicloroquina; LES, lúpus eritematoso sistêmico.		
^a p = 0,674.		

esfregaços vaginais. Administrou-se tratamento em caso de quaisquer infecções.

Análise estatística

Foi feita com o programa SPSS 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). A distribuição dos dados foi determinada pelo teste de Shapiro-Wilk. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências e porcentagens e as variáveis contínuas foram apresentadas como a média seguida pelo desvio padrão e mediana, com valores máximo e mínimo. As variáveis contínuas foram expressas como a média ± desvio padrão e as variáveis categóricas foram expressas com frequências e porcentagens. Para a análise estatística, usou-se o teste t de Student para amostras independentes e o teste U de Mann-Whitney para comparar as variáveis contínuas. O teste qui-quadrado de Pearson foi usado para comparar as variáveis categóricas. O teste de correlação Rho de Spearman foi usado para avaliar a relação entre o escore no FSFI, os domínios de qualidade de vida e os sintomas vaginais, como ressecamento, infecção e prurido.

Resultados

As características demográficas e da doença são apresentadas na [tabela 1](#). Não houve diferença entre as médias das idades das pacientes com SS e controles (40,43 ± 5,1 e 39,77 ± 3,2, respectivamente, p = 0,674). A duração média da doença foi de 5 (3 a 8) anos. Aproximadamente três quartos das pacientes com SS estavam livres de comorbidades (71,7%). A artrite reumatoide, o lúpus eritematoso sistêmico (LES) e a doença pulmonar intersticial (DPI) foram as doenças que coexistiram com a SS em 13 (27,3%) das pacientes.

Tabela 2 – Função sexual, queixas vaginais e qualidade de vida de pacientes com síndrome de Sjögren e controles saudáveis

Variáveis	SS (n=46)	Controle (n=47)	p
FSFI total (intervalo 2 a 36), mediana (min-máx)	17,12 (2,4-27,8)	27,4 (16,9-36,0)	
Disfunção sexual n (%)	37 (80,4%)	18 (38,3%)	< 0,001
Função sexual satisfatória n (%)	9 (19,6%)	29 (61,7%)	< 0,001 ^a
Subescores FSFI			
Desejo (intervalo 1,2-6), mediana (min-máx)	2,6 (1,2-4,8)	3,8 (2,4-6,0)	< 0,001
Excitação (intervalo 0-6), mediana (min-máx)	2,7 (0,0-4,8)	4,4 (2,4-6,0)	< 0,001
Orgasmo (intervalo 0-6), mediana (min-máx)	2,6 (0-5,2)	4,7(2,4-6,0)	< 0,001
Lubrificação (intervalo 0-6), mediana (min-máx)	2,8 (0,0-6,0)	4,8 (2,7-6,0)	< 0,001
Satisfação (intervalo 0,8-6), mediana (min-máx)	3,0 (0,0-5,6)	4,9 (3,2-6,0)	< 0,001
Dor (intervalo 0-6), mediana (min-máx)	3,1 (0,0-6,0)	4,6 (2,4-6,0)	< 0,001
Prurido vaginal, n (%)	14 (30,4%)	8 (17%)	0,130
Leucorreia, n (%)	19 (41,3%)	17 (36,2%)	0,613
Secura vaginal, n (%)	37 (80,4%)	4 (8,5%)	< 0,001
Uso de lubrificantes, n (%)	24 (52,2%)	5 (10,6%)	< 0,001
SF-36 (0-100)			
Capacidade funcional, mediana (min-máx)	19,78 (10-30)	26,15 (18-30)	< 0,001
Aspecto físico, mediana (min-máx)	0,85 (0-4)	3,64 (1-5)	< 0,001
Aspecto emocional, mediana (min-máx)	0,80 (0-5)	2,47 (0-3)	< 0,001
Aspecto social, mediana (min-máx)	5,67 (2-10)	7,26 (4-10)	< 0,001
Dor, mediana (min-máx)	5,70 (3-11)	8 (5-11)	< 0,001
Saúde mental, mediana (min-máx)	16,98 (10-26)	20,57 (13-28)	< 0,001
Vitalidade, mediana (min-máx)	11,93 (6-21)	15,30 (6-22)	< 0,001
Estado geral de saúde, mediana (min-máx)	16,87 (14-22)	18,13 (15-21)	< 0,001

^a Teste de qui-quadrado.

Avaliação da função sexual

A mediana da pontuação total no FSFI foi de 17,12 (2,4 a 27,8) no grupo SS e 27,4 (16,9 a 36,0) no grupo controle e foi significativamente menor no grupo SS ($p < 0,001$) (tabela 2). No grupo SS, 37 (80,4%) das pacientes estavam sexualmente insatisfeitas e 9 (19,6%) estavam satisfeitas; no grupo controle, 18 (38,3%) estavam sexualmente insatisfeitas e 29 (61,7%) satisfeitas com a função sexual ($p < 0,001$). Além disso, todos os subescores do FSFI (desejo, excitação, orgasmo, lubrificação, satisfação e dor) no grupo controle eram significativamente maiores do que os subescores de pacientes com SS ($p < 0,001$). O prurido vaginal esteve presente em 14 (35%) pacientes e a leucorreia ou as queixas vaginais infecciosas estavam presentes em 19 (45%). Não houve diferença estatisticamente significativa nas frequências de leucorreia ou queixas vaginais infecciosas entre as pacientes com SS e controles ($p = 0,613$).

O exame ginecológico de esfregaço cervicovaginal revelou atrofia vaginal em 3 (6,5%) das pacientes, alterações inflamatórias em 23 (50%) e exame normal em 20 (43,5%). Os esfregaços cervicovaginais de 17 (36,2%) pacientes do grupo controle mostraram inflamação e 30 (63,8%) eram normais. No questionamento detalhado sobre os medicamentos usados mais da metade das pacientes ($n = 24$, 52,2%) do grupo SS relataram o uso de lubrificantes antes da relação sexual em decorrência da secura vaginal. A secura vaginal e o uso de lubrificantes estiveram significativamente aumentados em pacientes com SS em relação aos controles ($p < 0,001$). As pacientes que usaram lubrificantes relataram que a satisfação sexual melhorou com seu uso, mas o restante delas desconhecia os lubrificantes. Das pacientes que usavam lubrificantes, 9 (37,5%) tinham escores

sexuais satisfatórios; no entanto, nenhuma das mulheres que não usavam o produto teve escores satisfatórios no FSFI.

Avaliação da qualidade de vida

Todos os escores de qualidade de vida – aspecto físico, aspecto emocional, aspecto social, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto mental e capacidade funcional – foram significativamente menores nas pacientes com SS do que nas do grupo controle (tabela 2).

Parâmetros relacionados com a disfunção sexual

A idade se correlacionou negativamente com a pontuação total ($r = -0,545$, $p < 0,001$) e subescores do FSFI nas pacientes com SS. O prurido vaginal e os sintomas infecciosos não se correlacionaram com o FSFI total e subescores do FSFI. A secura vaginal se correlacionou negativamente com o FSFI total ($r = -0,312$, $p = 0,035$) e subescores do FSFI, exceto desejo e excitação (tabela 3). O uso de lubrificantes se correlacionou positivamente com a pontuação total do FSFI ($r = 0,695$, $p < 0,001$), desejo ($r = 0,645$, $p < 0,001$), excitação ($r = 0,738$, $p < 0,001$), lubrificação ($r = 0,667$, $p < 0,001$), orgasmo ($r = 0,675$, $p < 0,001$), satisfação ($r = 0,586$, $p < 0,001$) e dor ($r = 0,672$, $p < 0,001$). A capacidade funcional, o aspecto físico e o aspecto emocional se correlacionaram positivamente com o FSFI total ($r = 0,449$, $p = 0,002$; $r = 0,371$, $p = 0,011$; $r = 0,299$, $p = 0,043$) (tabela 3).

Quando as pacientes foram perguntadas sobre terem ou não discutido seus sintomas vaginais ou disfunção sexual com seus reumatologistas, 26 (56,5%) das mulheres disseram que não o fizeram porque não achavam que a disfunção sexual estava sendo avaliada. Apenas 8 (17,3%) mulheres mencionaram seus sintomas vaginais a seus médicos. As 12 (26,2%)

Tabela 3 – Relação entre a disfunção sexual, características da paciente e características clínicas das pacientes do grupo de estudo (pacientes com síndrome de Sjögren)

Variável	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI total
Idade	r = -0,441 p = 0,002	r = -0,508 p < 0,001	r = -0,521 p < 0,001	r = -0,525 p < 0,001	r = -0,508 p < 0,001	r = -0,451 p = 0,002	r = -0,545 p < 0,001
Duração da doença	r = -0,080 p = NS	r = -0,168 p = NS	r = -0,005 p = NS	r = -0,108 p = NS	r = -0,057 p = NS	r = -0,091 p = NS	r = -0,059 p = NS
Comorbidades	r = 0,174 p = NS	r = 0,158 p = NS	r = 0,227 p = NS	r = 0,256 p = NS	r = 0,194 p = NS	r = 0,210 p = NS	r = 0,183 p = NS
Prurido vaginal	r = -0,266 p = NS	r = -0,140 p = NS	r = -0,132 p = NS	r = -0,156 p = NS	r = -0,167 p = NS	r = -0,075 p = NS	r = -0,114 p = NS
Sintomas de infecção vaginal	r = 0,047 p = NS	r = 0,064 p = NS	r = 0,074 p = NS	r = 0,052 p = NS	r = 0,069 p = NS	r = 0,034 p = NS	r = 0,062 p = NS
Secura vaginal	r = -0,238 p = NS	r = -0,194 p = NS	r = -0,371 p = 0,011	r = -0,380 p = 0,009	r = -0,427 p = 0,003	r = -0,341 p = 0,020	r = -0,312 p = 0,035
Uso de lubrificantes	r = 0,645 p < 0,001	r = 0,738 p < 0,001	r = 0,667 p < 0,001	r = 0,675 p < 0,001	r = 0,586 p < 0,001	r = 0,672 p < 0,001	r = 0,695 p < 0,001
SF-36 Capacidade funcional	r = 0,434 p = 0,003	r = 0,401 p = 0,006	r = 0,486 p = 0,001	r = 0,400 p = 0,006	r = 0,394 p = 0,007	r = 0,448 p = 0,002	r = 0,449 p = 0,002
SF-36 Aspecto físico	r = -0,441 p = 0,002	r = -0,508 p < 0,001	r = -0,521 p < 0,001	r = -0,525 p < 0,001	r = -0,508 p < 0,001	r = -0,451 p = 0,002	r = -0,545 p < 0,001
SF-36 Aspecto emocional	r = -0,080 p = NS	r = -0,168 p = NS	r = -0,005 p = NS	r = -0,108 p = NS	r = -0,057 p = NS	r = -0,091 p = NS	r = -0,059 p = NS
SF-36 Aspecto social	r = 0,174 p = NS	r = 0,158 p = NS	r = 0,227 p = NS	r = 0,256 p = NS	r = 0,194 p = NS	r = 0,210 p = NS	r = 0,183 p = NS
SF-36 Dor	r = -0,266 p = NS	r = -0,140 p = NS	r = -0,132 p = NS	r = -0,156 p = NS	r = -0,167 p = NS	r = -0,075 p = NS	r = -0,114 p = NS
SF-36 Saúde mental	r = 0,047 p = NS	r = 0,064 p = NS	r = 0,074 p = NS	r = 0,052 p = NS	r = 0,069 p = NS	r = 0,034 p = NS	r = 0,062 p = NS
SF-36 Vitalidade	r = -0,238 p = NS	r = -0,194 p = NS	r = -0,371 p = 0,011	r = -0,380 p = 0,009	r = -0,427 p = 0,003	r = -0,341 p = 0,020	r = -0,312 p = 0,035
SF-36 Estado geral de saúde	r = 0,645 p < 0,001	r = 0,738 p < 0,001	r = 0,667 p < 0,001	r = 0,675 p < 0,001	r = 0,586 p < 0,001	r = 0,672 p < 0,001	r = 0,695 p < 0,001
SF-36 Medida sumário mental	r = 0,434 p = 0,003	r = 0,401 p = 0,006	r = 0,486 p = 0,001	r = 0,400 p = 0,006	r = 0,394 p = 0,007	r = 0,448 p = 0,002	r = 0,449 p = 0,002

FSFI: Female Sexual Function Index; NS, não significativo; r: coeficiente de correlação.

restantes tentaram falar sobre sua secura vaginal, mas tiveram vergonha de fazê-lo.

Discussão

As mulheres com SS muitas vezes experimentam secura vaginal e dispareunia, que podem levar à disfunção sexual.⁸ Descobriu-se que as pacientes com SS apresentam menores escores de função sexual em comparação com controles pareados por idade; 80,4% delas estavam sexualmente insatisfeitas, de acordo com valores de corte previamente determinados (pontuação no FSFI < 26).^{19,20} Todos os domínios da função sexual, inclusive o desejo, a excitação, o orgasmo, a lubrificação, a dor e a satisfação, estavam afetados nessas mulheres. Os domínios de qualidade de vida, inclusive o aspecto social, a capacidade funcional, o aspecto emocional e o estado geral de saúde, eram significativamente mais baixos em pacientes com SS do que nos controles. Como a secura vaginal foi significativamente maior em pacientes com SS, a incidência de uso de lubrificantes é muito mais elevada nessas pacientes em comparação com os controles. A secura vaginal, o uso de lubrificantes e os escores de capacidade funcional, aspecto físico e aspecto emocional estiveram correlacionados com a disfunção sexual. A secura vaginal era um sintoma

importante, que teve correlação estatisticamente significativa com a disfunção sexual em mulheres com SS.

A idade esteve negativamente correlacionada com a função sexual no grupo SS, o que foi semelhante ao encontrado em estudos anteriores.^{13,21} Anyfanti *et al.* avaliaram 557 pacientes com doenças reumatológicas e encontraram que a idade avançada era o único fator preditivo para a disfunção sexual.²¹ Esses autores relataram que a idade também pode afetar as atitudes físicas e psicológicas e, por sua vez, causar disfunção sexual.²¹ Mesmo que a idade tenha afetado negativamente a função sexual no presente estudo, as pacientes com SS apresentaram menores escores no FSFI e maior disfunção sexual em comparação com controles saudáveis pareados por idade; isso mostra que a SS tem um impacto negativo importante sobre a função sexual após o ajuste por idade.

As queixas de infecção vaginal, a leucorreia e o prurido não se correlacionaram com a função sexual no presente estudo, o que concorda com Van Nimwegen *et al.*¹³ Não houve diferença entre os sintomas de leucorreia e prurido entre os grupos de estudo e controle. Mesmo que as taxas de alterações inflamatórias e atrofia nos esfregaços vaginais tenham sido maiores nas pacientes com SS, a diferença não foi estatisticamente significativa.

A secura vaginal esteve presente em frequência quase dez vezes maior em pacientes com SS do que nos controles. Da

mesma maneira, o uso de lubrificantes em pacientes com SS foi cinco vezes mais frequente. Os lubrificantes são recomendados pela *International Menopause Society* e pela *North American Menopause Society* no período pós-menopausa.^{22,23} No presente estudo, mostrou-se que as mulheres com SS podem precisar de lubrificantes também durante o período perimenopausa, em razão da secura vaginal. As pacientes que usaram lubrificantes sentiram que a satisfação sexual melhorou com seu uso, de modo que os médicos podem recomendar esses produtos a pacientes com SS, mesmo àquelas na pré-menopausa. Além disso, as mulheres do presente estudo que relataram maior lubrificação vaginal do que as outras participantes tinham menos dor durante as relações sexuais e melhores escores de dor sexual ($r = -0,341$, $p = 0,020$, [tabela 3](#)). Jozkowski et al. avaliaram as percepções das mulheres avaliadas acerca do uso de lubrificantes e por que elas estavam mais inclinadas a usá-los. Seus achados mostraram que as mulheres optavam pelos lubrificantes para se sentir mais lubrificadas durante a relação sexual. Eles concluíram que seria útil se profissionais de saúde e educadores sexuais incentivassem o uso de lubrificantes.²⁴

Encontrou-se a presença de doenças reumatológicas associadas em 27,3% do grupo de estudo. No entanto, a presença de AR ou LES associada ao SS não esteve relacionada com a disfunção sexual no presente estudo. Anyfanti et al. avaliaram se fatores de risco cardiovascular eram os responsáveis pela disfunção sexual em pacientes com doenças reumatológicas; eles relataram que os fatores de risco cardiovascular tradicionais não foram capazes de explicar o aumento na prevalência de disfunção sexual.²¹ O tamanho da amostra do presente estudo é relativamente pequeno, mas foram incluídas mulheres na pré-menopausa comparativamente jovens. Foram excluídas as mulheres com doenças sistêmicas graves e complicações e pacientes que estavam em uso de antidepressivos ou diuréticos a fim de eliminar o efeito desfavorável desses medicamentos sobre a função sexual.

Buscou-se avaliar as diferenças entre os escores de função sexual de mulheres turcas e de outros países. As pontuações no FSFI encontradas, tanto em pacientes com SS [17,12 (2,4 a 27,89)] quanto no grupo controle [27,4 (16,9 a 36,0)] foram menores do que nos estudos anteriores^{9,12,16}; isso pode ser explicado por diferenças culturais. Van Nimwegen et al. relataram uma pontuação média no FSFI de 20,6 nas pacientes com SS e 30,3 nos controles.¹³ Priori et al. relataram uma pontuação média no FSFI de $19,1 \pm 7,33$ nas pacientes com SS. Priori et al. também sugeriram que tanto as mulheres na pré-menopausa quanto na pós-menopausa com SS têm pior qualidade de vida sexual, o que é similar aos achados do presente estudo.¹⁶ Ferreira et al. relataram uma prevalência de disfunção sexual de 18,4% em pacientes reumáticos com média de 40,4 anos. As pacientes com fibromialgia e SS tiveram a maior frequência de disfunção sexual (33%), que foi menor do que a taxa de disfunção sexual de 80,4% encontrada em pacientes com SS de faixa etária semelhante.¹² As atitudes sexuais podem variar entre as culturas em relação a questões sociais e psicossociais, de modo que os escores de função sexual variam em conformidade.^{9,15,16} Este é o primeiro estudo feito na Turquia sobre a função sexual de pacientes com SS. Encontrou-se uma incidência de disfunção sexual em mulheres saudáveis de 28,6% a 48,3% em estudos feitos em diferentes cidades da

Turquia.^{25,26} No presente estudo, a taxa de disfunção sexual foi de 38,3% no grupo controle, o que é compatível com estudos anteriores.

Um dos objetivos do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida e seus efeitos sobre a função sexual em pacientes com SS. Descobriu-se que os escores de capacidade funcional nos testes de qualidade de vida se correlacionaram positivamente com os escores de função sexual. Se a paciente tem uma melhor capacidade funcional e menos restrição física, ela tende a ter uma maior satisfação. O aspecto social não esteve ligado à função sexual. A medida sumário mental do SF-36, resultante da soma dos escores nos domínios saúde mental e aspecto emocional, não se correlacionou com os escores do FSFI ([tabela 3](#)). Os aspectos psicológicos da função sexual foram avaliados em estudos anteriores. Anyfanti et al. afirmaram que o sofrimento mental e a disfunção sexual são extremamente comuns em pacientes reumáticos.²⁰ Os pesquisadores concluíram que a depressão e a ansiedade estiveram correlacionadas à disfunção sexual na doença reumatológica, bem como em pacientes com SS^{13,27}; Van Nimwegen et al. relataram que a depressão era o indicador mais importante de disfunção sexual em pacientes com SS.¹³ Encontrou-se uma diminuição nos escores do aspecto emocional e saúde mental em pacientes com SS quando comparados com controles, similarmente ao encontrado em outros estudos na população com SS.^{13,20} Neste estudo, avaliaram-se as características psicológicas apenas com os domínios do questionário SF-36 (aspecto emocional e saúde mental), o que pode não ter sido suficiente para uma avaliação detalhada. A depressão e a ansiedade não foram avaliadas com questionários mais específicos, o que pode ser uma limitação do presente estudo. Mesmo que a disfunção emocional estivesse ligada à disfunção sexual no presente estudo, não foi encontrada correlação entre os escores de saúde mental e a pontuação no FSFI.

Além disso, perguntou-se às mulheres se elas haviam discutido a atividade ou problemas sexuais com seus reumatologistas. Descobriu-se que apenas oito (17,3%) delas falaram sobre suas queixas vaginais. As mulheres raramente falam sobre esses tópicos com seus médicos, já que a área médica tende a negligenciar a disfunção sexual na doença reumatológica. Muitas mulheres turcas também hesitam em discutir problemas sexuais. No presente estudo, conversou-se pessoalmente com as pacientes. Às vezes, percebeu-se que elas poderiam estar se sentindo constrangidas em responder a perguntas sobre sexualidade, em razão da pressão social. A secura vaginal é um dos sintomas da SS, de modo que os reumatologistas devem perguntar sobre as relações íntimas de suas pacientes. As mulheres poderiam então ser encaminhadas a ginecologistas ou sexólogas. Pode-se dar apoio psicossocial às mulheres e seus parceiros para melhorar seu relacionamento, já que os problemas na comunicação e interrelação podem piorar a disfunção sexual e as queixas físicas. Por outro lado, para as mulheres que têm um desempenho reduzido na sexualidade em decorrência da secura vaginal ou de outros sintomas vaginais, pode-se recomendar o uso de lubrificantes ou estrogênio.

Em conclusão, as mulheres com SS experimentaram baixa satisfação com a atividade sexual, o que pode ter sido afetado pela idade, pelo aumento na secura vaginal e pela função

física e emocional prejudicada em decorrência da doença. O uso de lubrificantes esteve associado a uma melhor satisfação sexual e a um aumento no escore total e subescores do FSFI. Portanto, os lubrificantes devem ser considerados como um tratamento sintomático na SS. Este estudo aborda sintomas comuns na SS que normalmente têm sido subestimados por reumatologistas. São necessários mais estudos com amostras maiores para confirmar os resultados do presente trabalho.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

Aos participantes que concordaram em preencher os questionários. Não recebemos qualquer tipo de financiamento.

REFERÊNCIAS

- Kassan SS, Moutsopoulos HM. Clinical manifestations and early diagnosis of Sjögren syndrome. *Arch Intern Med*. 2004;164:1275-84.
- Ramos-Casals M, Tzioufas AG, Font J. Primary Sjögren's syndrome: new clinical and therapeutic concepts. *Ann Rheum Dis*. 2005;64:347-54.
- Kabasakal Y, Kitapcioglu G, Turk T, Oder G, Durusoy R, Mete N, et al. The prevalence of Sjögren's syndrome in adult women. *Scand J Rheumatol*. 2006;35:379-83.
- Seror R, Theander E, Bootsma H, Bowman SJ, Tzioufas A, Gottenberg JE, et al. Outcome measures for primary Sjögren's syndrome: a comprehensive review. *J Autoimmun*. 2014;51:51-6.
- Valim V, Zandonade E, Pereira AM, de Brito Filho OH, Serrano EV, Musso C, et al. Primary Sjögren's syndrome prevalence in a major metropolitan area in Brazil. *Rev Bras Reumatol*. 2013;53:24-34.
- Gøransson LG, Haldorsen K, Brun JG, Harboe E, Jonsson MV, Skarstein K, et al. The point prevalence of clinically relevant primary Sjögren's syndrome in two Norwegian counties. *Scand J Rheumatol*. 2011;40:221-4.
- Qin B, Wang J, Yang Z, Yang M, Ma N, Huang F, et al. Epidemiology of primary Sjögren's syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2015;74:1983-9.
- Fox RI. Sjögren's syndrome. *Lancet*. 2005;366:321-31.
- Mulherin DM, Sheeran TP, Kumararatne DS, Speculand B, Luesley D, Situnayake RD. Sjögren's syndrome in women presenting with chronic dyspareunia. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104:1019-23.
- Belenguer R, Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, del Pino J, Sentís J, Aguiló S, et al. Influence of clinical and immunological parameters on the health-related quality of life of patients with primary Sjögren's syndrome. *Clin Exp Rheumatol*. 2005;23:3516.
- Stephenson KR, Meston CM. The conditional importance of sex: exploring the association between sexual wellbeing and life satisfaction. *J Sex Marital Ther*. 2015;41:2538.
- Ferreira Cde C, da Mota LM, Oliveira AC, de Carvalho JF, Lima RA, Simaan CK, et al. Frequency of sexual dysfunction in women with rheumatic diseases. *Rev Bras Reumatol*. 2013;53:3546.
- van Nimwegen JF, Arends S, van Zuiden GS, Vissink A, Kroese FG, Bootsma H. The impact of primary Sjögren's syndrome on female sexual function. *Rheumatology (Oxford)*. 2015;54:1286-93.
- Østensen M. New insights into sexual functioning and fertility in rheumatic diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2004;18:219-32.
- Tristano AG. The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatol Int*. 2009;29:853-60.
- Priori R, Minniti A, Derme M, Antonazzo B, Brancatisano F, Ghirini S, et al. Quality of sexual life in women with primary Sjögren's syndrome. *J Rheumatol*. 2015;42:1427-31.
- Shiboski SC, Shiboski CH, Criswell L, Baer A, Challacombe S, Lanfranchi H, et al., Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance (SICCA) Research Groups. American College of Rheumatology classification criteria for Sjögren's syndrome: a data-driven, expert consensus approach in the Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance cohort. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64:475-87.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26:191-208.
- Oksuz E, Malhan S. Kadın cinsel fonksiyon indeksi: Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik analizi. *Sendrom*. 2005;17:54-60.
- Anyfanti P, Pырpasopoulou A, Triantafyllou A, Triantafyllou G, Gavriilaki E, Chatzimichailidou S, et al. Association between mental health disorders and sexual dysfunction in patients suffering from rheumatic diseases. *J Sex Med*. 2014;11:2653-60.
- Anyfanti P, Pырpasopoulou A, Triantafyllou A, Doumas M, Gavriilaki E, Triantafyllou G, et al. The impact of frequently encountered cardiovascular risk factors on sexual dysfunction in rheumatic disorders. *Andrology*. 2013;1:556-62.
- [2013] position statement of The North American Menopause Society Management of symptomatic vulvovaginal atrophy. *Menopause*. 2013;20:888-902; quiz 903-4.
- Sturdee DW, Panay N, International Menopause Society Writing Group. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric*. 2010;13:509-22.
- Jozkowski KN, Herbenick D, Schick V, Reece M, Sanders SA, Fortenberry JD. Women's perceptions about lubricant use and vaginal wetness during sexual activities. *J Sex Med*. 2013;10:484-92.
- Öksüz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol*. 2006;175:654-8, discussion 658.
- Demir Ö, Parlakay N, Gök G, Esen AA. Sexual dysfunction in a female hospital staff. *Andrology*. 2007;33:156-60.
- Maddali Bongi S, Del Rosso A, Orlandi M, Matucci-Cerinic M. Gynaecological symptoms and sexual disability in women with primary Sjögren's Syndrome and sicca syndrome. *Clin Exp Rheumatol*. 2013;31:683-90.