



# REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

www.reumatologia.com.br



## Artigo original

# Análise da função sexual de pacientes com dermatomiosite e polimiosite através de questionários autoaplicados: um estudo transversal



Fernando Henrique Carlos de Souza<sup>a</sup>, Daniel Brito de Araújo<sup>b,c</sup>, Clovis Artur Silva<sup>d</sup>, Renata Miossi<sup>a</sup>, Carmita Helena Najjar Abdo<sup>e</sup>, Eloisa Bonfá<sup>f</sup> e Samuel Katsuyuki Shinjo<sup>f,\*</sup>

<sup>a</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Serviço de Reumatologia, São Paulo, SP, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Medicina, Departamento de Clínica Médica, Pelotas, RS, Brasil

<sup>c</sup> Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, Brasil

<sup>d</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas, São Paulo, SP, Brasil

<sup>e</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Psiquiatria, São Paulo, SP, Brasil

<sup>f</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Disciplina de Reumatologia, São Paulo, SP, Brasil

## INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 13 de outubro de 2015

Aceito em 29 de agosto de 2016

On-line em 1 de novembro de 2016

Palavras-chave:

Dermatomiosite

Disfunção sexual

Miopatias inflamatórias

Polimiosite

Sexualidade

## R E S U M O

**Introdução:** Até o presente momento, não há descrições na literatura da avaliação ginecológica e da função sexual em pacientes do sexo feminino com dermatomiosite (DM) e polimiosite (PM).

**Objetivos:** Avaliar a função sexual em pacientes do sexo feminino com DM/PM.

**Casuística e métodos:** Estudo transversal unicêntrico em que 23 pacientes (16 DM e sete PM), entre 18 e 40 anos, foram comparadas com 23 mulheres saudáveis, com a mesma faixa etária. As características sobre a função sexual foram obtidas por meio da aplicação dos questionários *Female Sexual Quotient* (FSQ) e *Female Sexual Function Index* (FSFI) validados para a língua portuguesa do Brasil.

**Resultados:** A média de idade das pacientes foi comparável à dos controles ( $32,7 \pm 5,3$  vs.  $31,7 \pm 6,7$  anos), assim como a distribuição de etnia e da classe socioeconômica. Quanto às características ginecológicas, pacientes e controles saudáveis não apresentaram diferenças em relação à idade na menarca e às porcentagens de dismenorrea, menorragia, síndrome pré-menstrual, dor no meio do ciclo, secreção mucocervical e corrimento vaginal. O escore de pontuação do FSQ, assim como todos os domínios do questionário do FSFI (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação), estavam significativamente diminuídos nas pacientes comparativamente com os controles, 60,9% das pacientes apresentavam algum grau de disfunção sexual.

\* Autor para correspondência.

E-mail: [samuel.shinjo@gmail.com](mailto:samuel.shinjo@gmail.com) (S.K. Shinjo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2016.08.006>

0482-5004/© 2016 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:** Este foi o primeiro estudo que identificou disfunção sexual nas pacientes com DM/PM. Assim, uma abordagem multidisciplinar é essencial para pacientes com miopatias inflamatórias idiopáticas para fornecer medidas de prevenção e cuidados para sua vida sexual e propiciar uma melhor qualidade de vida das pacientes e de seus parceiros.

© 2016 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/>).

## Analysis of sexual function of patients with dermatomyositis and polymyositis through self-administered questionnaires: a cross-sectional study

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Dermatomyositis  
Sexual dysfunction  
Inflammatory myopathies  
Polymyositis  
Sexuality

**Introduction:** To date, there are no descriptions in the literature on gynecologic and sexual function evaluation in female patients with dermatomyositis (DM) and polymyositis (PM).

**Objective:** To assess sexual function in female patients with DM/PM.

**Patients and methods:** This is a monocentric, cross-sectional study in which 23 patients (16 DM and 7 PM), with ages between 18 and 40 years, were compared to 23 healthy women of the same age group. Characteristics on sexual function were obtained by applying the questionnaires Female Sexual Quotient (FSQ) and Female Sexual Function Index (FSFI) validated for the Brazilian Portuguese language.

**Results:** The mean age of patients was comparable to controls ( $32.7 \pm 5.3$  vs.  $31.7 \pm 6.7$  years), as well as the distribution of ethnicity and socioeconomic class. As for gynecological characteristics, patients and healthy controls did not differ with respect to age at menarche and percentages of dysmenorrhea, menorrhagia, premenstrual syndrome, pain at mid-cycle, mucocervical secretion, and vaginal discharge. The FSQ score, as well as all domains of the FSFI questionnaire (desire, arousal, lubrication, orgasm and satisfaction), were significantly decreased in patients versus controls, with 60.9% of patients showing some degree of sexual dysfunction.

**Conclusions:** This was the first study to identify sexual dysfunction in patients with DM/PM. Therefore, a multidisciplinary approach is essential for patients with idiopathic inflammatory myopathies, in order to provide prevention and care for their sexual life, providing a better quality of life, both for patients and their partners.

© 2016 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 dermatomiosite (DM) e a polimiosite (PM) são um grupo heterogêneo de miopatias inflamatórias adquiridas associadas à alta morbidade, à incapacidade funcional e à diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde, acometem predominantemente o sexo feminino e apresentam mecanismos e desfechos distintos quanto ao impacto na saúde física e psicossocial.<sup>1-4</sup>

A disfunção sexual é qualquer alteração de uma das fases do ciclo de resposta sexual que pode encerrar em frustração, dor e/ou redução dos intercursos sexuais,<sup>5</sup> é descrita em pacientes com doenças autoimunes sistêmicas.<sup>6-23</sup> Das mulheres com lúpus eritematoso sistêmico (LES) com vida sexual ativa 26% apresentam algum grau de disfunção sexual,<sup>6</sup> com possível relação da atividade persistente da doença, das alterações do ciclo menstrual e/ou do acometimento vascular associado.<sup>7</sup> Além disso, nessas pacientes, há uma frequência reduzida de atividade e satisfação sexuais, além da redução da lubrificação vaginal.<sup>8</sup> Na população com LES juvenil há maior disfunção sexual, atraso da menarca e maior frequência de

anormalidades menstruais, com ciclos menstruais de maior duração.<sup>9-13</sup> Na artrite reumatoide (AR) há uma diminuição do desejo e da satisfação sexual, com limitações durante a relação sexual relacionados principalmente à fadiga e dor articular.<sup>14</sup>

Entretanto, até o presente momento, não há trabalhos que avaliem especificamente a disfunção sexual em mulheres com DM/PM. O único trabalho disponível na literatura<sup>24</sup> apenas apontou o comprometimento sexual, juntamente com outros parâmetros, como fatores relacionados à diminuição da qualidade de vida nessa população. Considerando o impacto da disfunção sexual na funcionalidade humana, repercussões físicas e psicossociais, a proposta do presente estudo é avaliar as características sexuais e ginecológicas das pacientes com DM/PM.

## Material e métodos

### Pacientes e controles saudáveis

Foram consecutivamente selecionadas e entrevistadas (de 2011 a 2013) 23 pacientes do sexo feminino (16 DM e sete PM),

entre 18 e 40 anos. Todas preenchiam os critérios classificatórios de Bohan e Peter<sup>25</sup> e estavam em acompanhamento ambulatorial regular no nosso serviço terciário.

Foram considerados critérios de exclusão: uso de contraceptivo hormonal nos últimos seis meses, gravidez atual, fibromialgia e presença de outras doenças autoimunes sistêmicas. Como grupo controle, 23 voluntárias saudáveis de unidades básicas de saúde da região e funcionárias do HC-FMUSP, pareadas por idade, que preenchiam os critérios de exclusão, foram também consecutivamente selecionadas.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética local (Nº 0325/11) e o consentimento informado foi obtido de todos os participantes.

### Avaliação das pacientes com DM e PM

Todas as participantes foram submetidas a uma avaliação clínica e entrevista padronizada. Os seguintes dados foram coletados:

- Dados demográficos: idade, etnia, renda familiar atual (classe socioeconômica, de acordo com a Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado);<sup>26</sup>
- Dados clínicos: idade no início da doença e duração;
- Estado atual da doença: *Manual Muscle Testing* (MMT-8),<sup>27</sup> *Health Assessment Questionnaire* (HAQ),<sup>28</sup> avaliação global da doença pelo médico e o paciente por meio da escala visual analógica (EVA), creatinofosfoquinase (intervalo normal: 24-173 U/L) e a aldolase (intervalo normal: 1-7,5 U/L), com o uso do método automatizado cinético;
- Medicamentos: uso atual de corticosteroides e imunossuppressores;
- Características ginecológicas: menarca, ciclos menstruais (dismenorreia, menorragia), síndrome pré-menstrual, dor do meio do ciclo, secreção mucocervical e corrimento vaginal;
- Avaliação da função sexual: *Female Sexual Quotient* (FSQ)<sup>29</sup> e *Female Sexual Function Index* (FSFI) na versão em língua portuguesa do Brasil.<sup>30</sup> O FSQ é constituído de 10 questões, com índices que variam de 0 a 100. Os valores maiores indicam melhor desempenho/satisfação sexual (0-20 pontos: nulo a ruim; 22-40 pontos: ruim a desfavorável; 42-60; desfavorável a regular; 62-80: regular a bom; 82-100: bom a excelente). O FSFI é um questionário autoaplicado com 19 itens, usado para avaliar o funcionamento sexual em mulheres, em seis domínios separados (desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor), nas últimas quatro semanas. Cada domínio tem pontuação máxima de 6. Quanto menor o escore total, maior a possibilidade de disfunção sexual. No presente estudo, um ponto de corte inferior a 26,55 foi considerado como valor de corte para diferenciar entre as mulheres com e sem disfunção sexual.<sup>31</sup>
- As pacientes também foram perguntadas quanto à atividade sexual: coitarca, dispareunia e sinusorragia.

### Análise estatística

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi usado para avaliar a distribuição de cada um dos parâmetros. Os resultados foram

expressos como média  $\pm$  desvio padrão (DP) ou mediana (interquartil 25-75%) para variáveis contínuas e como porcentagem (%) para variáveis categóricas. Comparações entre as pacientes e o grupo controle foram feitas com o teste t de Student ou o teste U de Mann-Whitney para variáveis contínuas. As análises foram feitas com o *software* STATA - versão 7 (STATA, College Station, TX, EUA).

## Resultados

A média de idade das pacientes foi comparável à dos controles (32,7  $\pm$  5,3 vs. 31,7  $\pm$  6,7 anos), bem como a distribuição da etnia e do nível socioeconômico (tabela 1). A idade do início e o tempo da doença, assim como os dados clínicos e laboratoriais sobre o estado da doença e o tratamento medicamentoso também estão demonstrados na tabela 1. De um modo geral, as pacientes encontravam-se clínica e laboratorialmente estáveis na ocasião da entrevista e aplicação dos questionários.

Não houve diferença entre as pacientes e o grupo controle em relação às características ginecológicas (tabela 2).

A pontuação do FQS foi menor nas pacientes, quando comparada com a do grupo controle [60 (42-72) vs. 88 (66-87);  $p=0,021$ ] (tabela 3). Além disso, nenhuma paciente respondeu bom/excelente (FSQ), enquanto que no grupo controle, essa resposta foi observada em 26,1% dos casos.

Todos os domínios do FSFI (desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo e satisfação sexual) estavam diminuídos nas pacientes comparadas com os controles saudáveis ( $p<0,05$ , tabela 3). Um escore de pontuação do FSFI inferior a 26,55 foi encontrado em um número significativo de pacientes em comparação com os controles (14,7% vs. 60,9,  $p=0,036$ ).

A análise da função sexual evidenciou maiores índices de dispareunia (65,2 vs. 7,7%,  $p<0,001$ ) nas pacientes, não houve diferenças em relação à idade da coitarca e porcentagens de sinusorragia (tabela 3).

## Discussão

A DM e a PM são doenças crônicas com potencial para afetar todos os aspectos da vida dos pacientes, inclusive o funcionamento sexual. Dentro desse contexto, o presente trabalho avaliou a função sexual e as alterações ginecológicas em mulheres adultas com DM/PM. Nossos resultados demonstraram maior comprometimento da função sexual nas pacientes, auxiliaram no delineamento do real impacto dessa disfunção nessas miopatias.

Como vantagens do presente estudo, analisamos as pacientes com critérios de exclusão rigorosos. Além disso, para a avaliação sexual, usamos ferramentas de avaliação das características sexuais validadas para o português do Brasil.<sup>29,30</sup> Este estudo é parte de uma ampla pesquisa que avaliou saúde reprodutiva em DM/PM, particularmente reserva folicular.<sup>32,33</sup> Assim, uma limitação foi o número reduzido de pacientes com miopatias inflamatórias, devido aos rigorosos critérios de exclusão, como o uso atual de contraceptivo hormonal que nitidamente interfere na avaliação da reserva ovariana.<sup>32,33</sup> Além disso, pela amostra reduzida de pacientes com DM/PM, este estudo não permitiu identificar se a disfunção sexual

**Tabela 1 – Características demográficas, clínicas e laboratoriais de pacientes com dermatomiosite e indivíduos saudáveis**

Parâmetros	DM (n = 35)	Controle (n = 48)	p
Idade (anos)	33,3 ± 7,6	33,2 ± 6,5	0,951
Etnia branca	26 (74,3)	34 (70,8)	0,807
Índice de massa corporal (kg/m <sup>2</sup> )	24,5 ± 3,2	24,3 ± 2,6	0,872
Peso (kg)	63,5 ± 9,3	63,7 ± 7,4	0,914
Situação socioeconômica	31 (81,6)	46 (95,8)	0,586
Idade no início da doença (anos)	28,4 ± 9,0	–	–
Duração: início sintomas-diagnóstico (meses)	5 (2-18)	–	–
Duração da doença (anos)	1,0 (0-6,0)	–	–
Creatina fosfoquinase (U/L)	124 (86-458)	98 (72-122)	0,011
Aldolase (U/L)	6,3 (4,0-11,0)	3,4 (2,8-3,4)	< 0,001
Desidrogenase láctica (U/L)	423 (654-715)	322 (293-385)	0,001
Alanina aminotransferase (U/L)	22 (13-51)	15 (12-20)	0,003
Aspartato aminotransferase (U/L)	19 (16-71)	19 (16-21)	0,001
Escore MMT-8 (0-80)	76 (70-80)	–	–
Escore HAQ (0,00-3,00)	0,86 (0,00- 0,71)	–	–
EVA paciente (0-10)	3 (0-5)	–	–
EVA médico (0-10)	4 (0-5)	–	–
MYOACT	0 (0-1)	–	–
Prednisolona			
Atualmente em uso	23 (65,7)	–	–
Dose cumulativa total (g) <sup>a</sup>	15,40 (5,90-27,69)	–	–
Antimalárico	8 (22,9)	–	–
IS/IM <sup>b</sup>			
Nenhum	18 (51,4)	–	–
Um	12 (34,3)	–	–
Dois	5 (14,3)	–	–

Resultados expressos como percentual (%), média ± desvio-padrão, mediana (faixa de 25°-75° interquartis).

DM, dermatomiosite; EVA: escala visual analógica; HAQ, Health Assessment Questionnaire; IM, medicamentos imunomoduladores; IS, medicamentos imunossupressores; MMT, Manual Muscle Testing; MYOACT, Escala analógica visual para avaliação da atividade da miosite.

<sup>a</sup> Desde os sintomas da doença.

<sup>b</sup> Azatioprina (2-3 mg/kg/dia), metotrexato (15-25 mg/semana), ciclosporina (1,5-2,5 mg/kg/dia), micofenolato mofetil (2-3 g/dia), rituximabe [1 g IV no início do tratamento e depois de um mês (primeiro ciclo), com repetição desse esquema após seis meses], ciclofosfamida (0,8 g/m<sup>2</sup> de superfície corporal), leflunomida (20 mg/dia) e/ou imunoglobulina humana intravenosa (2 g/kg, 1×/dia, 2 dias consecutivos).

**Tabela 2 – Síndrome metabólica e parâmetros laboratoriais de pacientes com dermatomiosite e indivíduos saudáveis**

Parâmetros	DM (n = 35)	Controle (n = 48)	p
Síndrome metabólica	12 (34,3)	3 (6,3)	0,001
Circunferência abdominal (cm)	88,6 ± 10,1	78,9 ± 9,0	< 0,001
≥ 80 cm	26 (74,3)	22 (45,8)	0,013
Hipertensão arterial sistêmica	3 (8,6)	1 (2,1)	0,305
Glicemia em jejum (mg/dL)	81 (76-89)	79 (70-84)	0,157
≥ 100 mg/dL	5 (14,3)	1 (2,1)	0,078
Nível de colesterol total (mg/dL)	175,2 ± 36,8	185,4 ± 31,5	0,190
Nível de LDL-colesterol (mg/dL)	103,2 ± 32,1	107,03 ± 27,0	0,540
Nível de HDL-colesterol (mg/dL)	48 (42-63)	55 (52-65)	0,017
≤ 50 (mg/dL)	18 (51,4)	7 (14,6)	0,001
Nível de triglicérides (mg/dL)	83 (61-180)	82 (64-109)	0,017
≥ 150 (mg/dL)	13 (37,1)	4 (8,3)	0,002
Insulina (U/L)	13,0 (9,3-19,5)	7,5 (5,4-12,1)	< 0,001
Adiponectina (ng/mL)	87,3 (56,1-115,8)	58,8 (39,5-75,8)	0,010
Leptina (ng/mL)	7,9 (0,7-13,6)	14,8 (7,9-22,1)	0,004
Resistina (pg/mL)	100 (80-167)	89 (70-112)	0,049

Resultados expressos como percentual (%) ou mediana (faixa de 25°-75° interquartis).

DM, dermatomiosite; HDL, lipoproteína de alta densidade; LDL, lipoproteína de baixa densidade.

**Tabela 3 – Comparação de pacientes com DM com ou sem síndrome metabólica**

Parâmetros	SMet (+) (n = 12)	SMet (-) (n = 23)	p
Idade (anos)	36,7 ± 5,6	31,5 ± 8,0	0,035
Etnia branca	7 (58,3)	19 (82,6)	0,220
Situação socioeconômica	12 (100,0)	19 (82,6)	0,536
Idade no início da doença (anos)	31,0 ± 10,0	27,1 ± 8,3	0,260
Duração: início sintomas-diagnóstico (meses)	4 (1-14)	5 (3-18)	0,381
Duração da doença (anos)	0 (0-9)	2 (0-6)	0,362
Índice de massa corporal (kg/m <sup>2</sup> )	2,50 ± 2,6	24,2 ± 3,5	0,511
Peso (kg)	63,6 ± 9,7	63,4 ± 9,2	0,938
<b>Manifestações cutâneas</b>			
Heliotropo	10 (83,3)	20 (87,0)	1,000
Sinal de Gottron	12 (100,0)	21 (91,3)	0,536
Sinal do V	6 (50,0)	3 (13,0)	0,038
Sinal do xale	5 (41,7)	1 (4,3)	0,012
Escore MMT-8 (0-80)	66 (60-76)	80 (74-80)	0,002
Escore HAQ (0,00-3,00)	1,15 (0,00-2,68)	0,57 (0,00-1,71)	0,172
EVA do paciente (0-10)	6 (4-7)	2 (0-5)	0,001
EVA do médico (0-10)	6 (4-7)	2 (0-5)	0,011
MYOACT	0 (0-4)	0 (0-0)	0,344
Creatina fosfoquinase (U/L)	122 (71-1447)	130 (84-232)	0,817
Aldolase (U/L)	6,9 (5,3-31,4)	5,7 (3,8-10,3)	0,292
Desidrogenase láctica (U/L)	659 (425-1170)	372 (282-476)	0,010
Alanina aminotransferase (U/L)	57 (65-143)	20 (16-32)	0,028
Aspartato aminotransferase (U/L)	56 (22-96)	19 (19-30)	0,031
<b>Prednisolona</b>			
Atualmente em uso	9 (75,0)	14 (60,9)	0,476
Dose cumulativa <sup>a</sup> (g)	7,1 (1,6-23,0)	15,6 (11,0-30,4)	0,156
Antimaláricos	2 (16,7)	6 (26,1)	0,685
<b>IS/IM<sup>b</sup></b>			
Nenhum	9 (75,0)	9 (39,1)	0,075
Um	2 (16,7)	10 (43,5)	0,149
Dois	1 (8,3)	4 (17,4)	0,640
Hipertensão arterial sistêmica	3 (25,0)	0	–
Circunferência abdominal (cm)	92,3 ± 9,7	86,5 ± 9,9	0,112
≥ 80 cm	10 (83,3)	16 (69,6)	0,450
Diabetes melito	1 (8,3)	0	–
AVC isquêmico	0	0	–
Infarto do miocárdio	0	0	–
Hipotireoidismo	2 (16,7)	1 (4,3)	0,266
Estilo de vida sedentário	1 (8,3)	2 (8,7)	1,000
Alterações no hábito alimentar	1 (8,3)	1 (4,3)	1,000
Consumo de álcool	0	0	–
Tabaco	0	0	–
História familiar de DCV	1 (8,3)	0	–
Glicemia em jejum (mg/dL)	82 (65-144)	80 (74-85)	0,526
≥ 100 mg/dL	4 (33,3)	1 (4,3)	0,038
Nível de colesterol total (mg/dL)	179 (145-212)	165 (144-191)	0,668
Nível de LDL-colesterol (mg/dL)	106,8 ± 33,8	101,3 ± 31,8	0,652
Nível de HDL-colesterol (mg/dL)	39,2 ± 11,0	59,3 ± 18,2	< 0,001
≤ 50 (mg/dL)	11 (91,7)	7 (30,4)	0,001
Nível de triglicérides (mg/dL)	160 (99-241)	80 (60-136)	0,016
≥ 150 (mg/dL)	9 (75,0)	4 (17,4)	0,002
Insulina (U/L)	16,5 (9,4-30,0)	12,3 (6,8-18,2)	0,321
Adiponectina (ng/mL)	74,8 (39,3-125,0)	95,1 (54,0-116,3)	0,349
Leptina (ng/mL)	4,3 (39,3-125,1)	8,9 (0,7-14,7)	0,709
Resistina (pg/mL)	204 (86-292)	92 (76-123)	0,077

Resultados expressos como percentual (%), média ± desvio-padrão, mediana (faixa de 25°-75° interquartis).

AVC, acidente vasculocerebral; DCV, doença cardiovascular; DM, dermatomiosite; EVA, escala visual analógica; HAQ, Health Assessment Questionnaire; HDL, lipoproteína de alta densidade; IM, medicamentos imunomoduladores; IS, medicamentos imunossupressores; LDL, lipoproteína de baixa densidade; MMT, Manual Muscle Testing; MYOACT, Escala analógica visual para avaliação da atividade da miosite.

<sup>a</sup> Desde os sintomas da doença.

<sup>b</sup> Azatioprina (2-3 mg/kg/dia), metotrexato (15-25 mg/semana), ciclosporina (1,5-2,5 mg/kg/dia), micofenolato mofetil (2-3 g/dia), rituximabe [1 g IV no início do tratamento e depois de um mês (primeiro ciclo), com repetição desse esquema após seis meses], ciclofosfamida (0,8 g/m<sup>2</sup> de superfície corporal), leflunomida (20 mg/dia) e/ou imunoglobulina humana intravenosa (2 g/kg, 1×/dia, 2 dias consecutivos).

observada nessas pacientes foi associada com a atividade da doença ou com o tratamento usado. Também não avaliou a função sexual dos parceiros das mulheres com DM/PM.

Uma sexualidade adequada relaciona-se a um equilíbrio entre o estímulo sexual (seja ele tátil, visual, auditivo, olfatório ou gustativo), o ciclo sexual propriamente dito (desejo, excitação, orgasmo e prazer, resolução e satisfação sexual) e a capacidade do indivíduo de participar do intercurso de forma satisfatória. Muitos fatores estão envolvidos em uma sexualidade saudável, inclusive os fisiológicos, psicológicos e socioculturais, além de percepções subjetivas, qualquer alteração em um ou mais desses aspectos pode causar impacto negativo na sexualidade de um indivíduo.<sup>15,16</sup>

A interação entre os contraceptivos hormonais e o funcionamento sexual de suas usuárias é incerta e controversa na literatura. Mudanças no fluxo menstrual, alterações no peso corporal, inibição da ovulação e da produção fisiológica e variável dos hormônios sexuais, sintomas relacionados ao ciclo menstrual, acne e outras condições hiperandrogênicas relacionadas à pele, geram perdas ou danos indiretos para a sexualidade.<sup>34-36</sup> Na nossa casuística as pacientes em uso de contraceptivos foram excluídas.

De forma comparativa, nosso estudo demonstra que a função sexual avaliada tanto pelo FSQ quanto pelo FSFI em portadoras de DM/PM com doença estável estava comprometida de uma forma significativa. Em relação ao FSFI, as pacientes apresentaram piores escores em todos os subitens (desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo e satisfação sexual). Além disso, as pacientes apresentaram significativamente mais dispareunia do que o grupo controle.

Problemas sexuais foram identificados em muitas doenças reumatológicas, pelas mais diversas razões, em índices que variaram de 27% a 67%<sup>11,15-22</sup> Por exemplo, a presença de limitação física, fadiga e dor está relacionada às alterações da sexualidade do indivíduo, assim como idade, estado civil, escolaridade, baixa renda e fatores psicológicos.<sup>11,19-22</sup>

A disfunção sexual nas pacientes analisadas no presente estudo não esteve relacionada com qualquer variável demográfica ou presença de alterações ginecológicas. Além disso, este estudo é uma extensão de estudos prévios, nos quais não foram identificadas alterações anatômicas e funcionais urogenitais nessas pacientes.<sup>32,33</sup>

Por outro lado, em pacientes com miopatias inflamatórias adquiridas, a presença de fraqueza muscular e a incapacidade funcional podem restringir ou impedir o desempenho sexual e levar à dificuldade de encontrar uma posição confortável para o intercurso, assim como manter determinadas posições sexuais por um tempo prolongado, e a presença de mialgia pode ter impacto negativo na satisfação sexual. Tanto a dor percebida durante a atividade sexual quanto a antecipação da mialgia podem também influenciar negativamente o desejo e a satisfação sexual. Vale ressaltar que as pacientes envolvidas no estudo encontravam-se estáveis do ponto de vista clínico e laboratorial. Ainda assim, tinham elevada frequência de disfunção sexual.

Outro elemento fundamental que leva à disfunção sexual é o uso de corticosteroides, geralmente em altas doses. Isso pode afetar o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal e levar a uma diminuição nos níveis dos hormônios esteroides sexuais.<sup>37</sup> As alterações corporais provocadas pelo uso de corticosteroides

e relacionadas à própria doença podem levar a distúrbios da imagem corporal e baixa autoestima.<sup>37</sup> Quase três quartos das nossas pacientes usavam corticosteroides em baixas doses no momento do estudo (média de 10 mg/dia). Assim, a alta frequência de disfunção sexual encontrada no presente estudo não parece ser justificada pelo uso de corticosteroides.

Um melhor conhecimento no impacto que as doenças crônicas têm sobre a qualidade de vida pode levar a atendimentos mais centrados nas necessidades das pacientes. Nosso estudo mostrou o impacto negativo que DM/PM têm sobre a vida sexual das pacientes, levantou a questão de como podemos incluir esse aspecto no seu cuidado. Comunicação e aconselhamento sobre a sexualidade podem levar a uma melhor aceitação da doença pela paciente e melhorar o resultado terapêutico.

Como limitações do estudo, não foram avaliados número de filhos, paridade, escolaridade, percepção da autoestima w história de abuso sexual, os quais poderiam interferir nos resultados obtidos. Dessa forma, estudos adicionais de uma forma mais detalhada serão necessários para reforçar os resultados encontrados.

Em conclusão, este foi o primeiro estudo que identificou disfunção sexual nas pacientes com DM/PM. Uma abordagem multidisciplinar é essencial para paciente com miopatias inflamatórias idiopáticas com o intuito de fornecer medidas de prevenção e cuidados para sua vida sexual e propiciando uma melhor qualidade de vida das pacientes e de seus parceiros.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## REFERÊNCIAS

1. Feldman BM, Rider LG, Reed AM, Pachman LM. Juvenile dermatomyositis and other idiopathic inflammatory myopathies of childhood. *Lancet*. 2008;371:2201-12.
2. de Souza Barros TBM, Levy-Neto M, Shinjo SK. Adult dermatomyositis: experience of a Brazilian tertiary care center. *Rev Bras Reumatol*. 2012;52:897-902.
3. de Souza Levy-Neto M, Shinjo SK. Prevalence of clinical and laboratory manifestations and comorbidities in polymyositis according to gender. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51:423-33.
4. Greenberg SA. Inflammatory myopathies: evaluation and management. *Semin Neurol*. 2008;28:241-9.
5. Clayton A, Ramamurthy S. The impact of physical illnesses on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med*. 2008;29:70-88.
6. Ferreira CC, Mota LMH, Oliveira ACV, Carvalho JF, Lima RAC, Simaan CK, et al. Frequência de disfunção sexual em mulheres com doenças reumáticas. *Rev Bras Reumatol*. 2013;3:35-46.
7. Tseng JC, Lu LY, Hu JC, Wang LF, Yen LJ, Wu HC, et al. The impact of systemic lupus erythematosus on women's sexual functioning. *J Sex Med*. 2011;8:3389-97.
8. Curry SL, Levine SB, Corty E, Jones PK, Kurit DM. The impact of systemic lupus erythematosus on women's sexual functioning. *J Rheumatol*. 1994;21:2254-60.
9. Silva CA, Leal MM, Leone C, Simone VP, Takiuti AD, Saito MI, et al. Gonadal function in adolescents and young women with juvenile systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2002;11:419-25.

10. Medeiros P, Febronio M, Bonfá E, Borba E, Takiuti A, Silva C. Menstrual and hormonal alterations in juvenile systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2009;18:38-43.
11. Febronio MV, Pereira RM, Bonfá E, Takiuti AD, Pereira EA, Silva CA. Inflammatory cervicovaginal cytology is associated with disease activity in juvenile systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2007;16:430-5.
12. Silva CA, Febronio MV, Bonfá E, Pereira RM, Pereira EA, Takiuti AD. Função sexual e saúde reprodutiva em mulheres adolescentes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil. *Rev Bras Reumatol*. 2009;49:690-702.
13. Silva CA, Hilário MO, Febronio MV, Oliveira SK, Terrerri MT, Sacchetti SB, et al. Risk factors for amenorrhea in juvenile systemic lupus erythematosus (JSLE): a Brazilian multicentre cohort study. *Lupus*. 2007;16:531-6.
14. Tristano AG. Impact of rheumatoid arthritis on sexual function. *World J Orthop*. 2014;5:107-11.
15. Hill J, Bird H, Thrope R. Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology (Oxford)*. 2003;42:280-6.
16. Elst P, Sybesma T, van der Stadt RJ, Prins AP, Muller WH, den BA. Sexual problems in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*. 1984;27:217-20.
17. Helland Y, Dagfinrud H, Kvien TK. Perceived influence of health status on sexual activity in RA patients: associations with demographic and disease-related variables. *Scand J Rheumatol*. 2008;37:194-9.
18. Healey EL, Haywood KL, Jordan KP, Garratt AM, Ryan S, Packham JC. Ankylosing spondylitis and its impact on sexual relationships. *Rheumatology (Oxford)*. 2009;48:1378-81.
19. Helland Y, Kjekken I, Steen E, Kvien TK, Hauge MI, Dagfinrud H. Rheumatic diseases and sexuality: disease impact and self-management strategies. *Arthritis Care Res*. 2011;63:743-50.
20. Araujo DB, Borba EF, Abdo CHN, Souza LA, Goldstein-Schainberg C, Chahade WH, et al. Função sexual em doenças reumáticas. *Acta Reumatol Port*. 2010;35:16-23.
21. Van Lankveld W, Ruitkamp G, Naring G, de Rooij DJ. Marital and sexual satisfaction in patients with RA and their spouses. *Scand J Rheumatol*. 2004;33:405-8.
22. Abdel-Nasser AM, Ali EI. Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2006;25:822-30.
23. Ahlmén M, Nordenskiöld U, Archenholtz B, Thyberg I, Rönnqvist R, Lindén L, et al. Rheumatology outcomes: the patient's perspective. A multicenter focus group interview study of Swedish rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology (Oxford)*. 2005;44:105-10.
24. Munters LA, van Vollenhoven RF, Alexanderson H. Patient preference assessment reveals disease aspects not covered by recommended outcomes in polymyositis and dermatomyositis. *ISRN Rheumatology*. 2011;2011:463124.
25. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (first of two parts). *N Engl J Med*. 1975;292:344-7.
26. Almeida PM, Wickerhauser W. Critério de classe econômica da Associação Brasileira de Anunciantes (ABA) e Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (Abipeme). In: Almeida PM, Wickerhauser W, editors. *O Critério ABA/Abipeme*. Abipeme (São Paulo); 1991. p. 1-29.
27. Rider LG, Giannini EH, Harris-Love M, Joe G, Isenberg D, Pilkington C, et al. Defining clinical improvement in adult and juvenile myositis for the International Myositis Assessment and Clinical Studies Group. *J Rheumatol*. 2003;30:603-17.
28. Bruce B, Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire: dimensions and practical applications. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:20.
29. Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual - Versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Med*. 2006;63:477-82.
30. Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues OM Jr, Souza C. Cross-cultural adaptation of the female sexual function index. *Cad Saude Pub*. 2008;24:416-26.
31. 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.
32. de Souza FH, Shinjo SK, Yamakami LY, Viana VS, Barcat EC, Bonfá E, et al. Reduction of ovarian reserve in adult patients with dermatomyositis. *Clin Exp Rheumatol*. 2015;33:44-9.
33. de Souza FH, da Silva CA, Yamakami LY, Viana VST, Bonfá E, Shinjo SK. Reduced ovarian reserve in patients with adult polymyositis. *Clin Rheumatol*. 2015;34:1795-9.
34. Schaffir J. Hormonal contraception and sexual desire: a critical review. *J Sex Mar Ther*. 2006;32:305-14.
35. Gambrel RD Jr, Bernard DM. Changes in sexual dives of patients on oral contraceptives. *J Reprod Med*. 1976;17:165-71.
36. Sanders S, Graham C. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationships with discontinuation. *Contraception*. 2001;64:51-8.
37. Paredes RG. Hormones and sexual reward. *Vitam Horm*. 2010;82:241-62.