

**DISFUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTES DO SEXO
FEMININO COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO
ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA
DO IMIP: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

SEXUAL DYSFUNCTION IN FEMALE PATIENTS ATTENDED AT
IMIP RHEUMATOLOGY OUTPATIENT CLINIC: A CROSS-
SECTIONAL STUDY

Bruna Ferraz Gutierrez Piola¹, Flávia Jatobá de Barros¹, José Anchieta de Brito²,
Laurindo Ferreira da Rocha Junior².

1. Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS: Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861 –
Imbiribeira – Recife/PE – CEP: 51180-001.

2. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP: Rua dos Coelhos, 300
– Boa Vista – Recife/PE – CEP: 52050-300.

Reconhecimento do apoio ao estudante: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

Autor correspondente: Bruna Ferraz Gutierrez Piola

F.: (81)999143090

Email: brunafgpiola@gmail.com

Os autores negam quaisquer conflitos de interesses no desenvolvimento desta pesquisa.

RESUMO

Objetivo: Analisar o tipo e a extensão de disfunção sexual em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) do sexo feminino atendidas no ambulatório de reumatologia do IMIP. **Métodos:** Delineou-se um estudo transversal e analítico, envolvendo 57 pacientes e 33 controles saudáveis. Foram coletados dados laboratoriais, clínicos, demográficos, autoanticorpos e aplicação do Índice de Função Sexual Feminina (*Female Sexual Function Index* – FSFI), por meio do qual foi avaliada a presença de disfunção sexual. A análise estatística dos dados foi realizada pelo software *GraphPadPrism* versão 6.01. **Resultados:** Pacientes possuíam idade média de 38,8 ($\pm 13,48$) anos. Foi identificada prevalência de 80,7% (n=46) de disfunção sexual nas pacientes com LES, já os controles apresentaram prevalência de 42% (n=14) (p=0,0004). Pacientes com LES obtiveram pontuações significativamente menores nos domínios do desejo excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. O impacto do LES na função sexual apresentou associação com parâmetros como idade, peso, IMC, contagem de linfócitos, atividade da doença e escolaridade. Quanto a abstenção sexual, identificou-se que as pacientes lúpicas atendidas apresentaram prevalência de 43,85% (n=25), já os controles demonstraram taxa de 12,12% (n=4) (p=0,0022). **Conclusão:** Resultados indicam que a prevalência de disfunção sexual é significativamente maior nas pacientes portadoras de LES, sendo necessária maior atenção médica para a saúde sexual dessas pacientes.

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico, Disfunção Sexual Fisiológica, sexualidade.

ABSTRACT

Objective: To analyse the type and extension of sexual dysfunction in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) attended at IMIP rheumatology outpatient clinic.

Methods: Cross-sectional study that involved 57 patients and 33 healthy controls. Laboratorial, clinical and demographic data were collected, as well as the application of Female Sexual Function Index, which evaluated the presence of sexual dysfunction. Statistical analysis was performed using software GraphPad Prism 6.0. **Results:** Patients had a mean age of 38.8 (\pm 13.48) years. A prevalence of 80.7% (n=46) of sexual dysfunction has been identified in patients with SLE, controls showed prevalence of 42% (n = 14) (p = 0.0004). SLE patients achieved significantly lower scores in the areas of desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain. The impact of SLE on sexual function showed association with parameters such as age, weight, BMI, count of lymphocytes, disease activity and years of education. About sexual abstinence, patients with SLE showed prevalence of 43.85% (n = 25) and controls demonstrated rate of 12.12% (n = 4) (p = 0.0022). **Conclusion:** results indicate that the prevalence of sexual dysfunction is significantly higher in patients with SLE, requiring greater medical attention to the sexual health of these patients.

Keywords: Lupus Erythematosus, Systemic; Sexual Dysfunction, Physiological; sexuality.

I. INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica de origem autoimune e etiologia desconhecida, marcada por períodos alternados de atividade e de remissão dos sintomas clínicos, podendo atingir múltiplos órgãos e sistemas. O LES é caracterizado por apresentar importantes distúrbios imunológicos, com a presença de autoanticorpos, que participam de lesão tissular imunologicamente mediada, contribuindo para a resposta imunológica inadequada do lúpus por meio da exposição de componentes intracelulares que são pró-inflamatórios e antigênicos (1-3), (4), (5). Dentre as manifestações mais frequentes, destacam-se desde a fadiga, erupção cutânea e artralgia, em sua fase inicial, até envolvimento do sistema nervoso central e nefrite em sua forma mais grave, bem como artrite, pneumonite, doenças cardíacas e pulmonares e problemas hematológicos (4).

A prevalência do LES varia de 7 a 159 casos a cada 100.000 habitantes e vem crescendo ao longo dos anos devido a diminuição dos índices de mortalidade desses pacientes nos últimos 50 anos, resultado da elaboração de novas opções terapêuticas e melhorias nas técnicas para realização de um diagnóstico precoce (4), (6). O LES é mais frequente no sexo feminino acometendo 9 mulheres para 1 homem e apresenta predomínio em etnias de origem africana e asiática, se desenvolvendo predominantemente entre o final da adolescência e o início dos 40 anos (7), (8) .

Em decorrência da sua natureza crônica, curso imprevisível e potencial para generalização, o aumento da sobrevivência dos pacientes com LES sugere a ocorrência de incapacidades e sequelas provenientes da própria doença e também do seu tratamento, podendo envolver cuidados pessoais, locomoção, comunicação, disposição, destreza e outras atividades. Nesse sentido, levando-se em conta que o LES atinge principalmente

mulheres em sua faixa etária mais sexualmente ativa, a qualidade de vida dessas pacientes encontra-se prejudicada em diversos âmbitos, impactando significativamente não apenas nos seus aspectos sociais, econômicos e psicológicos, mas também na esfera sexual. (5), (7), (2), (9).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde sexual corresponde à integração dos aspectos somático, emocional, intelectual e social do ser humano (16) e o acometimento de qualquer desses fatores pode repercutir negativamente na função sexual do indivíduo e conseqüentemente na sua qualidade de vida. A disfunção sexual, que consiste na alteração em alguma das fases da atividade sexual, é um problema multidimensional, caracterizada segundo a Associação Americana de Psiquiatria como distúrbios do desejo e alteração das respostas psicofisiológicas, que causam frustração, dor, redução dos intercursos sexuais e dificuldade interpessoais (10).

Poucos estudos que analisaram disfunção sexual em pacientes com LES estão disponíveis na literatura médica. O estudo realizado por Curry, et al. em 1994, comparou a função sexual de 100 mulheres com LES e 71 controles com idades e *status* maritais pareados. Os resultados revelaram que as pacientes portadoras do LES apresentaram maiores taxas de abstenção sexual e dispareunia, menor frequência de atividade sexual dentre as sexualmente ativas e lubrificação vaginal diminuída (11). Um outro estudo realizado por Morales et al. em 2013, que avaliou a função sexual das pacientes com LES e comparou com mulheres saudáveis por meio do instrumento *Female Sexual Function Index* (FSFI), demonstrou prevalência de 45,9% das pacientes com prejuízo na função sexual, enquanto os controles saudáveis apresentaram 28,85%. Além disso, as pacientes acometidas pela doença apresentaram piores pontuações nos domínios do desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e dor, com exceção do domínio da satisfação (1). Em

uma metanálise recente publicada por Yin et al. em 2017, por sua vez, os resultados revelaram diferença significativa entre as pacientes e os controles apenas no valor total do escore do FSFI(4). No Brasil, um estudo realizado por Godoy et al. em 2017 em Curitiba evidenciou prevalências de 2/3 de disfunção sexual em pacientes com LES, um número 3,8 vezes maior quando comparados a controles saudáveis naquela região. Foi identificado também piores pontuações em todos os domínios do FSFI, entretanto o estudo não descreveu associações clínicas ou laboratoriais da doença com disfunção sexual das pacientes avaliadas (12).

O FSFI (anexo 1) consiste em um questionário de 19 itens, validado para o uso em português (13), que se propõe a avaliar a função sexual feminina, dividindo-a em 6 domínios distintos: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. O questionário é composto por uma escala algorítmica capaz de avaliar cada domínio separadamente ou toda a composição. Cada item apresenta uma variação de pontuação de 0 ou 1 até 5 e o resultado global é determinado pelo somatório de cada domínio multiplicado por seu fator correspondente, que homogeneiza a influência de cada domínio, e pode variar entre 2 a 36. Pacientes com valores de FSFI inferiores a 26,55 são classificadas como portadoras de disfunção sexual (14), (15), (16).

Apesar da disfunção sexual ser um problema prevalente e importante para a qualidade de vida de pacientes com LES, pode-se perceber que há ainda uma escassez de informação sobre o assunto, bem como resultados conflitantes em estudos anteriormente realizados (1). Como agravantes desse quadro, é válido ressaltar a negligência quanto a atenção médica à saúde sexual das pacientes com LES, devido ao constrangimento de médicos e pacientes para abordar tal tema durante as consultas (17) e também uma vez que a sexualidade é pouco abordada em questionários de qualidade de vida.

Atualmente, não existem trabalhos publicados que avaliam disfunção sexual, comparando-a com a atividade da doença e sua cronicidade em mulheres com Lúpus eritematoso sistêmico no Brasil. Dessa forma, esse trabalho objetiva analisar o tipo e a extensão de disfunção sexual em mulheres com LES, comparadas com mulheres saudáveis, uma vez que vivenciar a sexualidade de forma saudável é condição essencial para a qualidade de vida.

II. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal realizado no ambulatório de reumatologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), no período de agosto de 2018 até julho de 2019. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos no IMIP (Parecer: 3077804).

Foram incluídas no estudo 57 pacientes do sexo feminino, com idade maior que 18 anos, atendidas no IMIP e classificadas com o diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico de acordo com os critérios do SLICC (*Systemic Lupus International Collaborating*) de 2012 (18) ou do ACR/EULAR (Liga Europeia contra Reumatismo) de 1997 (19). Foram excluídas as pacientes que não possuíam antecedentes de relação sexual ou apresentavam sobreposição com outra doença reumatológica autoimune. Como controles foram avaliadas 33 mulheres saudáveis pareadas por idade. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando com os benefícios e riscos da pesquisa.

Como variáveis de análise, considerou-se dados socioepidemiológicos, tais quais: Idade, sexo, naturalidade/procedência, raça, estado civil, renda familiar mensal, ocupação, escolaridade, comorbidades, hábitos de vida (Tabagismo/Etilismo). Status marital, data da última menstruação, tempo de união. Exames complementares: leucograma, contagem de plaquetas, hemoglobina, contagem de neutrófilos, hematócrito, provas inflamatórias (velocidade de hemossedimentação, proteína C-reativa), autoanticorpos (FAN, anti-DNA, anti-SM, anti-RNP, anti-RO/SS-A, anti-LA/SS-B, anticardiolipina, anticoagulante lúpico, anti-B2-GP1), complemento (C3 e C4), ureia, creatinina, alterações no sumário de urina, Coombs direto. Avaliação física: peso, altura, pressão arterial, presença de artralguas, lesões cutâneas, alterações na ausculta

(cardíaca/pulmonar), atividade da doença (SLEDAI) e medicações em uso.

Escalas Visuais Analógicas (EVA): dor, rigidez matinal, fadiga, avaliação global da doença pelo paciente e avaliação global da doença pelo médico.

As pacientes foram submetidas a uma entrevista, avaliação clínica, revisão de registros médicos para a coleta de dados. Para analisar a função sexual, o FSFI foi usado, considerando-se como disfunção sexual pontuações inferiores a 26,5. Para a análise estatística, foram aplicados o teste t de Student para dados paramétricos e teste de Mann-Whitney para dados não paramétricos. As correlações foram realizadas utilizando o teste de Spearman e o teste de correlação linear de Pearson para as variáveis com distribuição anormal e normal, respectivamente. Valores de $P < 0,05$ serão considerados significativos. Para tabulação e análise dos dados, foi utilizado o software Graphpad Prism versão 6.0.

III. RESULTADOS

O presente estudo avaliou 57 mulheres, com média de idade de 38,8 ($\pm 13,48$) anos, bem como 33 controles saudáveis, com média de idade de 36,58 anos ($\pm 14,25$). As características sociodemográficas das pacientes avaliadas estão demonstradas na tabela 1.

Com relação às comorbidades identificadas, evidenciou-se hipertensão em 42% (n=24) das pacientes, bem como 15% (n=8) apresentavam dislipidemia e 5% (n=3) diabetes. O índice de massa corpórea (IMC) médio foi de 25,62, podendo-se classificar 21,4% (n=12) das pacientes com obesidade e 32% (n=18) com sobrepeso. A mediana dos níveis pressóricos médios (PAM) foi de 92,50 (IQR: 83,33-96,67).

Foi possível avaliar a atividade da doença, a partir do SLEDAI, em 47 pacientes. A maioria das pacientes (57%) apresentou pontuação maior ou igual a 4, classificado como doença em atividade. Não foi possível coletar o SLEDAI de 10 pacientes, uma vez que estas não apresentaram os exames laboratoriais durante a avaliação. O Fator anti-núcleo (FAN) foi positivo em 91,7% (n=52) das pacientes.

Quanto ao tratamento, identificou-se o uso de hidroxicloroquina por 42 (73%) pacientes, prednisona por 28 (49%), azatioprina por 13 (26%) e metotrexato por 9 (16%).

Nas 57 pacientes avaliadas, houve uma prevalência de 80,7% (n=46) de disfunção sexual. No grupo controle, por sua vez, identificou-se uma prevalência de 42% (n=14) apenas (p=0,0004). Pode-se observar as pontuações de cada domínio avaliado e o escore total do FSFI das pacientes e dos controles na tabela 2. Comparando os valores do FSFI e seus domínios entre pacientes e controles, houve diferença significativa em todos os valores avaliados (p<0.05)

Ao analisar as pontuações do questionário FSFI das pacientes atendidas, foi possível identificar que o domínio mais afetado foi o da excitação, apresentando mediana de 2,4 (IQR 0-3,6). Houve correlação negativa deste domínio o escore de atividade de doença (SLEDAI) ($r=-0,3152$, $p=0,0309$). Observa-se o gráfico na figura 1.

O domínio do desejo demonstrou estar correlacionado de forma significativa com variáveis, tais como a idade ($r=-0,3768$, $p=0,0039$), anos de escolaridade ($r=0,4799$, $p=0,0002$), proteína c-reativa (PCR) ($r=-0,3659$, $p=0,0282$), peso ($r=-0,2961$, $p=0,0261$) e IMC ($r=-0,3979$, $p=0,0024$). Mais resultados podem ser vistos na tabela 3.

Quando avaliadas as pacientes com disfunção sexual, observa-se que há relação entre a contagem de linfócitos e as pontuações dos domínios de excitação ($r=0,3250$, $p=0,0335$), orgasmo ($r=0,3168$, $p=0,0385$) e dor ($r=0,3045$, $p=0,0471$). O escore do FSFI dessa amostra apresentou correlação inversa com a pontuação da escala visual analógica de avaliação global da doença pelo médico (EVA médico) ($r=-0,3391$, $p=0,0373$). O domínio excitação das pacientes com disfunção sexual também correlacionou-se com o SLEDAI ($r=-0,3592$, $p=0,0268$).

Não foi encontrada relação entre a idade das pacientes e a pontuação total do FSFI na amostra estudada.

Referente às taxas de abstenção sexual, identificou-se que as pacientes atendidas apresentaram prevalência de 43,85% ($n=25$), já os controles demonstraram taxa de 12,12% ($n=4$), ($p=0,0022$).

IV. DISCUSSÃO

O Lúpus eritematoso sistêmico é uma doença autoimune que demonstra estar associada com a presença da disfunção sexual nos pacientes acometidos, prejudicando de forma significativa a sua qualidade de vida.

O presente estudo é o primeiro a analisar a presença de disfunção sexual em pacientes com LES em Pernambuco, bem como é o primeiro a comparar a disfunção com a atividade de doença, sua cronicidade, e variáveis clínicas e laboratoriais no Brasil. Ressalta-se a importância dos resultados encontrados visto que o comportamento sexual é influenciado por fatores sociais e culturais que podem estar associados à nossa região (20).

Apesar da fisiopatologia ainda não ser bem compreendida, os resultados demonstraram que disfunção sexual é mais prevalente na população com LES quando comparado com controles saudáveis. Além disso, pacientes lúpicas apresentaram menores pontuações nos domínios de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Na metanálise conduzida por Yin et. al., porém, os resultados revelaram diferença significativa entre as pacientes e os controles apenas no valor total do escore do FSFI(4).

Evidenciou-se a presença de disfunção sexual em 80,7% das pacientes com lúpus e em 42% dos pacientes controles, em concordância com o estudo realizado por Moghadam, et. al. no Iran no período de 2019, que demonstrou disfunção sexual em 85,9% das pacientes portadoras de LES (21). O estudo conduzido por Morales, et. al., por sua vez, demonstrou disfunção sexual em 45,9% das pacientes com lúpus e 28,8% nos controles (1).

De acordo com diferentes estudos, fica claro que alterações na função sexual em pacientes com LES tem componentes multifatoriais, podendo estar relacionados com fatores físicos característicos da doença, como dor, fadiga, edema articular, e fatores psicológicos tais como depressão e ansiedade (11), (22). A partir dos resultados aqui encontrados, demonstrou-se relação entre as pontuações do FSFI e seus domínios com variáveis de análise como peso, IMC, PCR, EVA médico, escolaridade, idade, atividade de doença (SLEDAI) e contagem de linfócitos.

Parâmetros como o PCR, SLEDAI, EVA médico e contagem de linfócitos parecem estar associados com a atividade inflamatória do Lúpus, levando assim a uma maior expressão clínica da doença e, conseqüentemente, podendo explicar o prejuízo na função sexual dessas pacientes.

Ao analisar o peso e IMC das pacientes com lúpus, foi possível observar que há uma correlação negativa com as suas pontuações do domínio desejo. De acordo com o estudo delineado por Sawyer e colaboradores em 2018, a natureza específica da relação entre o IMC e a disfunção sexual não é clara ainda, porém pode estar associada a questões relativas a uma autoimagem negativa. A partir de observações clínicas, o estudo sugere que pacientes com obesidade e sobrepeso demonstrem ser mais relutantes para despir-se em frente a seus parceiros, gerando uma maior dificuldade para iniciar a atividade sexual (23, 24).

Quando comparados os níveis de abstenção sexual, as pacientes com LES apresentaram taxas significativamente maiores do que os controles saudáveis, bem como uma menor lubrificação vaginal, dados esses também referidos no estudo de Curry et. al, de 1994. Tal resultado pode estar associado, dentre outros fatores, a uma maior prevalência concomitante de depressão e ansiedade nessas pacientes, levando também a uma maior indisposição e uma menor libido (25), (11).

Estudos prévios relataram que desconforto vaginal e dispareunia são os fatores mais relacionados a disfunção sexual nas pacientes com LES (26). Alinhado com esses achados, o presente estudo demonstrou que os domínios do FSFI mais associados com a disfunção sexual nas pacientes coletadas são os de excitação e dor.

Apesar da alta prevalência de disfunções sexuais nas pacientes com LES, há ainda grande negligência na abordagem desse problema na assistência médica, uma vez que se demonstra constrangimento por parte dos profissionais de saúde. No estudo delineado por Haboubi et. al. em 2003, foi declarado por 90% dos médicos a importância do conhecimento acerca a saúde sexual das pacientes para o seu entendimento mais amplo, porém 86% relataram ser pouco treinados para tratar de tal tema e 94% não apreciavam abordá-lo com seus pacientes (27), (28), o que gera um maior número de subdiagnósticos da disfunção sexual e prejudica seu tratamento.

Fica claro, portanto, que, devido ao seu curso crônico, o Lúpus eritematoso sistêmico pode trazer sequelas e prejuízos severos para a vida dos pacientes acometidos pela doença, elevando, assim, a prevalência de disfunção sexual nessa população e trazendo consequências negativas para sua qualidade de vida. Nesse sentido, faz-se necessária uma maior atenção e treinamento de profissionais de saúde para a abordagem desse tema durante as consultas, a fim de que obtenham maiores benefícios para os pacientes.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garcia Morales M, Callejas Rubio JI, Peralta-Ramirez MI, Henares Romero LJ, Rios Fernandez R, Camps Garcia MT, et al. Impaired sexual function in women with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study. *Lupus*. 2013;22(10):987-95.
2. Hochberg MC, Boyd RE, Ahearn JM, Arnett FC, Bias WB, Provost TT, et al. Systemic lupus erythematosus: a review of clinico-laboratory features and immunogenetic markers in 150 patients with emphasis on demographic subsets. *Medicine (Baltimore)*. 1985;64(5):285-95.
3. Timoteo RP, Micheli DC, Teodoro RB, Freire M, Bertoncillo D, Murta EF, et al. Characterization of inflammatory markers associated with systemic lupus erythematosus patients undergoing treatment. *Rev Bras Reumatol Engl Ed*. 2016;56(6):497-503.
4. Yin R, Xu B, Li L, Fu T, Zhang L, Zhang Q, et al. The impact of systemic lupus erythematosus on women's sexual functioning: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(27):e7162.
5. Freire EA, Souto LM, Ciconelli RM. Assessment measures in systemic lupus erythematosus. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51(1):70-80.
6. 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(12):3389-97.
7. D'Cruz DP, Khamashta MA, Hughes GR. Systemic lupus erythematosus. *Lancet*. 2007;369(9561):587-96.
8. Danchenko N, Satia JA, Anthony MS. Epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comparison of worldwide disease burden. *Lupus*. 2006;15(5):308-18.
9. Ginzler E, Berg A. Mortality in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol Suppl*. 1987;14 Suppl 13:218-22.
10. Prado DS, Mota VP, Lima TI. [Prevalence of sexual dysfunction in two women groups of different socioeconomic status]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(3):139-43.
11. 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(12):2254-60.
12. Godoy Junior AC, Gaertner H, Skare T, Nisihara R. Sexual dysfunction in systemic lupus erythematosus patients. *Acta Reumatol Port*. 2017;42(4):341-2.
13. Pacagnella ReC, Martinez EZ, Vieira EM. [Construct validity of a Portuguese version of the Female Sexual Function Index]. *Cad Saude Publica*. 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):1-20.
15. Pacagnella Rde C, Martinez EZ, Vieira EM. [Construct validity of a Portuguese version of the Female Sexual Function Index]. *Cad Saude Publica*. 2009;25(11):2333-44.
16. Jones LR. The use of validated questionnaires to assess female sexual dysfunction. *World J Urol*. 2002;20(2):89-92.
17. Cherpak GL, Santos FC. Assessment of physicians' addressing sexuality in elderly patients with chronic pain. *Einstein (Sao Paulo)*. 2016;14(2):178-84.

18. Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2012;64(8):2677-86.
19. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, McShane DJ, Rothfield NF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1982;25(11):1271-7.
20. Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, Graham C, et al. Ethical and Sociocultural Aspects of Sexual Function and Dysfunction in Both Sexes. *J Sex Med.* 2016;13(4):591-606.
21. Moghadam ZB, Rezaei E, Faezi ST, Zareian A, Ibrahim FM, Ibrahim MM. Prevalence of sexual dysfunction in women with systemic lupus erythematosus and its related factors. *Reumatologia.* 2019;57(1):19-26.
22. Østensen M. New insights into sexual functioning and fertility in rheumatic diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2004;18(2):219-32.
23. Sarwer DB, Hanson AJ, Voeller J, Steffen K. Obesity and Sexual Functioning. *Curr Obes Rep.* 2018;7(4):301-7.
24. Sarwer DB, Steffen KJ. Quality of Life, Body Image and Sexual Functioning in Bariatric Surgery Patients. *Eur Eat Disord Rev.* 2015;23(6):504-8.
25. Moustafa AT, Moazzami M, Engel L, Bangert E, Hassanein M, Marzouk S, et al. Prevalence and metric of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum.* 2019.
26. Tristano AG. The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatol Int.* 2009;29(8):853-60.
27. Haboubi NH, Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disabil Rehabil.* 2003;25(6):291-6.
28. Ho TM, Fernandez M. Patient's sexual health: Do we care enough? *J Ren Care* 2006; 32: 183–186.

VI. TABELAS E FIGURAS

Tabela 1:

CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS DOS PACIENTES E CONTROLES			
		Pacientes	Controles
Nº de pacientes		57	33
Idade média (±DP)		38,8 ± 13,48	36,58 ± 14,25
Raça (%)	Branca	12 (21)	25 (75,7)
	Negra	6 (10,5)	3 (9)
	Parda	37 (64,9)	5 (15,1)
	Amarela	2 (3,5)	0 (0)
Área (%)	Urbana	51 (89,5)	33 (100)
	Rural	6 (10,5)	0 (0)
Renda (%)	<1SM	11 (19,2)	1 (3)
	1 até 2 SM	34 (59,6)	1 (3)
	>2 até 4 SM	11 (19,2)	3 (9)
	>4 SM	1 (1,7)	28 (84,8)
Estado civil (%)	Solteira	19 (33,3)	19 (57,6)
	Casada	19 (33,3)	10 (30,3)
	Divorciada	3 (5,2)	4 (12,1)
	Viúva	3 (5,2)	0 (0)
	União estável	13 (22,8)	0 (0)
Escolaridade em anos: mediana (IQR25-75%)		12 (9-12)	17 (16-20)

SM: Salário mínimo. DP: desvio padrão. IQR: Interquartil

Tabela 2: Correlação entre domínios e pontuação do FSFI das pacientes e controles saudáveis - Medianas (IQR 25-75) – Mann Whitney Test.

PARÂMETROS	PACIENTES	CONTROLES	p
Desejo	3 (1,8-3,6)	3,6 (3,3-4,8)	0,0013
Excitação	2,4 (0-3,6)	4,5 (3,9-5,4)	<0,0001
Lubrificação	3,3 (0-4,5)	4,8 (3-5,55)	0,0005
Orgasmo	3,2 (0-4,4)	4,8 (3,2-5,4)	<0,0001
Satisfação	4 (0,8-5)	5,2 (3,6-5,6)	0,0045
Dor	2,8 (0-4,8)	4,8 (3,4-6)	0,0009
FSFI	18,6 (3,6-25,5)	27,9 (22,15-30,35)	<0,0001

Tabela 3:

CORRELAÇÕES DA PONTUAÇÃO DO DOMÍNIO DESEJO DA AMOSTRA COLETADA		
PARÂMETROS	r	p
Idade	-0,3768	0,0039
Escolaridade	0,4799	0,0002
PCR¹	-0,3659	0,0282
Peso	-0,2961	0,0261
IMC²	-0,3979	0,0024
VHS³	-0,1204	0,491
C3	-0,1772	0,2281
PAM⁴	-0,1675	0,2174
EVA médico⁵	-0,2814	0,0553
EVA dor	-0,2198	0,1251
EVA rigidez matinal	-0,2222	0,117
EVA fadiga	-0,158	0,2732
Ureia	-0,1823	0,1915

¹PCR: Proteína c-reativa; ²IMC: Índice de massa corporal; ³VHS: Velocidade de sedimentação das hemácias; ⁴PAM: Pressão arterial média; ⁵EVA médico: Escala visual analógica de avaliação global do paciente pontuada pelo médico.

Figura 1: Gráfico de correlação entre atividade da doença (SLEDAI) e o domínio excitação.

