

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

PATRICIA SHU KURIZKY

AVALIAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE DISFUNÇÃO SEXUAL NAS PACIENTES COM
PSORÍASE E ARTRITE PSORIÁSICA: ESTUDO TIPO CASO-CONTROLE DE 150
MULHERES BRASILEIRAS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre em Ciências Médicas ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências Médicas da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^a. Dra. Licia Maria Henrique da Mota

Coorientadora: Prof^a. Dra. Gladys Aires Martins

BRASÍLIA

2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de
Brasília. Acervo 1007539.

K96a Kurizky, Patricia Shu.
Avaliação da ocorrência de disfunção sexual nas pacientes
com psoríase e artrite psoriásica : estudo tipo caso-controle
de 150 mulheres brasileiras / Patricia Shu Kurizky. --
2013.
169 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,
Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em
Ciências Médicas, 2013.
Inclui bibliografia.
Orientação: Licia Maria Henrique da Mota ; Co-orientação:
Gladys Aires Martins.

1. Psoríase. 2. Distúrbios sexuais. 3. Qualidade de
vida. I. Mota, Licia Maria Henrique da. II. Martins,
Gladys Aires. III. Título.

CDU 616.5

PATRICIA SHU KURIZKY

AVALIAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE DISFUNÇÃO SEXUAL NAS PACIENTES COM
PSORÍASE E ARTRITE PSORIÁSICA: ESTUDO TIPO CASO-CONTROLE DE 150
MULHERES BRASILEIRAS

Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Ciências Médicas ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências Médicas da
Universidade de Brasília.

Aprovada em 29 de abril de 2013

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Licia Maria Henrique da Mota – (Presidente)

Professora orientadora do programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências
Médicas do Hospital Universitário de Brasília

Profa. Dra. Izelda Maria Carvalho Costa

Professora orientadora do programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências
da Saúde do Hospital Universitário de Brasília

Prof. Dr. Leopoldo Luiz Santos-Neto

Professor orientador do programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências
Médicas do Hospital Universitário de Brasília

Profa. Dra. Denise Pinheiro Falcão da Rocha – (Suplente)

Professora do programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas do
Hospital Universitário de Brasília

Prefácio

A sexualidade humana vem sendo objeto de estudo desde o século 18, entretanto seus registros nas artes remontam desde as eras mais antigas, em praticamente todas as civilizações. A arte erótica pode ser definida como a arte com conteúdo sexual, e especialmente a arte que celebra a sexualidade humana. Na Grécia e Roma antiga, ela era usada frequentemente para retratar as histórias de amor de seus deuses. Muitas obras luxuriosas foram produzidas até o cristianismo dominar o mundo e impor valores morais estritos.

Só com o período renascentista, o tema voltou a ser abordado através de cenas mitológicas. A sensualidade continuou a florescer na arte, e nos séculos 19 e 20, os artistas deram um passo à frente em relação ao erotismo, ao retratar prostitutas, bordéis e relações sexuais em suas obras. Alguns artistas conhecidos pelo conteúdo altamente erótico de suas obras incluem Picasso, Klimt e Rodin.

François-Auguste-René Rodin (1840-1917), escultor francês, considerado pai das esculturas modernas, iniciou em 1880, um de seus trabalhos mais famosos, “Os Portões do Inferno”, baseado na “Divina Comédia” de Dante. Daí saiu uma de suas mais brilhantes esculturas, que representa o amor sexual, “O Beijo”. O poder desta obra deriva do balanço belo e equilibrado de uma idealização perfeita dos corpos com alto grau de erotismo com o qual Rodin imbuía quase todos seus trabalhos. O fundo erótico é aguçado pela história de Dante. O casal representa Paolo Malatesta e Francesca da Rimini, descobertos e assassinados pelo marido traído de Francesca. Na história de Dante, Francesca lembra como eles foram tocados pela paixão física ao lerem a história de Lancelot e Guinevere, não podendo mais resistir um ao outro, momento este eternizado por Rodin.

Gustav Klimt (1862-1918) foi um pintor refinado e enigmático, caracterizado por seus retratos sensuais e delicados do nu feminino. Uma de suas obras mais conhecidas, assim como a de Rodin, é denominada “O Beijo”. “O Beijo” é uma pintura intensamente erótica e apaixonante. A obra é o maior exemplo da fixação que Klimt possuía pelo sexo, pois a imagem do casal unido gera um elemento fálico. Os

corpos do casal estão separados por estampas distintas, mas fundem-se em uma única massa, caracterizando um momento de plenitude.

Pablo Picasso (1881-1973) foi outro artista cujas obras beiravam a pornografia, por sua grande ênfase no ato sexual. Ele afirmava que sexualidade e arte eram a mesma coisa, e grande parte de suas pinturas apresentam como base a luxúria.

Cenas eróticas apareceram também nos manuscritos medievais, porém só podiam ser vistos por um público limitado, pois estes livros eram manufaturados, portanto extremamente caros. No século 17, numerosos exemplos de literatura erótica começaram a circular, entre eles o "*L'École des filles*", trabalho francês impresso em 1655, considerado o início da literatura erótica na França. Na Inglaterra por sua vez, foi marcante a publicação de "*Memoirs of a woman of pleasure*" (posteriormente renomeado "*Fanny Hill*") em 1748 por John Cleland. Em 1955, Nabokov chocou a audiência americana com a publicação de "*Lolita*", obra cuja protagonista era uma menina sexualmente precoce.

É cada vez mais reconhecida a importância da saúde sexual para a longevidade das relações afetivas e como parte da saúde global e bem-estar do indivíduo. Assim como na arte, a sexualidade faz parte da vida do ser humano. Atualmente, independente do gênero, a sexualidade assume cada vez mais o aspecto prazeroso, o que demonstra maior relevância em relação à sua finalidade reprodutiva. Por apresentar alta influência de aspectos físicos e psicológicos, a função sexual tende a estar especialmente comprometida em portadores de doenças cutâneas estigmatizantes, como a psoríase.

Um exemplo do impacto negativo e estigmatizante da psoríase vem do próprio Nabokov. O escritor russo, portador de psoríase, mostrava grande reticência em falar ou escrever sobre a doença, nunca a mencionando em entrevistas. Em 1937, após um episódio intenso, ele escreveu para a esposa: "Eu continuo com os tratamentos de radiação diariamente e estou praticamente curado. Você sabe, e agora posso lhe falar francamente, o indescritível tormento pelo qual passei em fevereiro, antes destes tratamentos, quando estive à borda do suicídio, limite que não estava autorizado a cruzar por ter você em minha vida".

AGRADECIMENTOS

À Dra. Licia Maria Henrique da Mota, pela oportunidade de realização deste curso de mestrado e pela cordialidade com que sempre me recebeu, mas principalmente pela sua orientação, incentivo e ensinamentos, que contribuíram imensamente para meu crescimento científico e intelectual.

À Dra. Gladys Aires Martins, pelo exemplo de profissional, por sua colaboração e grande ajuda nesta pesquisa.

À Dra. Jamille Nascimento Carneiro, pela participação inestimável, sem a qual grande parte deste estudo não seria possível, mas principalmente agradeço a disposição e a amizade.

A todos os funcionários e pacientes do Hospital Universitário de Brasília e do Hospital das Forças Armadas por me ajudarem e aceitarem participar da pesquisa.

À Rosângela, Rosemary, Ana, Neusamara e Agecilda, amigas queridas, por todo o auxílio.

Aos meus pais, Lena e Konstantin Kurizky, por sempre acreditarem e me incentivarem a seguir adiante.

A minha irmã, Luisa Shu Kurizky, sempre presente mesmo à distância, agradeço à amizade e o carinho.

Ao Ricardo Augusto Dantas da Silva, agradeço todo seu amor e admiração, e pela presença incansável com que me apoiou ao longo do período de elaboração desta dissertação.

RESUMO

Introdução: A psoríase apresenta significativo impacto na qualidade de vida e está comumente associada a diversas alterações psicossociais, que incluem baixa autoestima, depressão e ansiedade. A vida sexual é outro aspecto que pode ser significativamente afetado, podendo a disfunção sexual acometer 30-70% dos pacientes, sendo as mulheres mais prejudicadas. A artrite psoriásica é um fator que parece influenciar negativamente a função sexual, semelhante ao que ocorre com os índices de qualidade de vida em geral, porém poucos dados são encontrados a respeito.

Objetivos: Determinar a relação entre a presença de psoríase e artrite psoriásica e a ocorrência de disfunção sexual em mulheres.

Métodos: Foi realizado um estudo do tipo caso-controle com 150 mulheres entre 18-69 anos a partir da aplicação dos questionários validados em português, Índice de Função Sexual Feminino (FSFI) e *Medical Outcome Study 36-item Short Form Health Survey* (SF-36). As pacientes com psoríase também foram avaliadas clinicamente, registrando-se o grau de extensão da doença, através do Índice de Severidade e Área da Psoríase (PASI), e a presença ou ausência de artrite psoriásica ou outros quadros reumáticos.

Resultados: Foram avaliadas 150 mulheres, 75 com diagnóstico de psoríase e/ou artrite psoriásica (Grupo Psoríase) e 75 no grupo controle saudável (Grupo CS). A prevalência de disfunção sexual nas pacientes com psoríase foi elevada (58,6% da amostra), mostrando-se estatisticamente superior ao Grupo CS ($p=0,014$), sendo o desejo, o domínio mais comprometido. Os domínios do SF-36 também foram inferiores no Grupo Psoríase (mediana Limitação Física do Grupo CS 100 e Psoríase 25; mediana Estado Geral da Saúde do Grupo CS 72 e Psoríase 67; mediana Vitalidade do grupo CS 65 e Psoríase 55; mediana Limitação Emocional do Grupo CS 100 e Psoríase 33, mediana Saúde mental do Grupo CS 68 e Psoríase 60), sendo os principais campos afetados a limitação física, limitação emocional e a saúde mental ($p<0,001$, $p=0,006$, $p=0,039$, respectivamente). Quarenta e quatro das 75 pacientes do Grupo Psoríase apresentaram dados a respeito da avaliação reumatológica, destas, 9 não apresentaram condição reumática associada, 9 eram portadoras de artralgia não especificada, 2 tinham osteoartrite, 15 fibromialgia e 9

artrite psoriásica. Não houve relação estatisticamente significativa entre a disfunção sexual e a presença de condição reumática associada.

Conclusões: Além da qualidade de vida, a função sexual está alterada em um número considerável de mulheres com psoríase. Estes dois pontos devem ser levados em consideração na avaliação da gravidade da doença.

Palavras-chave: psoríase; artrite psoriásica, disfunção sexual, qualidade de vida

ABSTRACT

Introduction: Psoriasis can have a significant impact upon quality of life and it is commonly associated with a variety of psychosocial problems, including low self-esteem, depression and anxiety. Sexual life is another aspect that can be severely affected in 30 to 70% of cases, mostly in female patients. Psoriatic arthritis seems to produce a negative impact on sexual function, as it does on other general quality of life indexes, but little is known about it.

Objectives: To clarify the relationship of the occurrence of sexual dysfunction in female patients with psoriasis and/or psoriatic arthritis.

Methods: A case-control study was performed with 150 women between 18-69 years, in which we tried to assess the impact of psoriasis on sexual dysfunction and on quality of life using the validated questionnaires in Portuguese, Female Sexual Function Index (FSFI) and Medical Outcome Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36), respectively. Clinical severity and rheumatologic problems, like presence of psoriatic arthritis, were also evaluated on patient's group.

Results: One hundred and fifty women were evaluated, 75 on Psoriasis Group and 75 on Control Healthy Group (CS). Our results showed a significant higher prevalence of sexual dysfunction on psoriasis patients (58,6%, $p=0,014$). Desire was the most affected domain, showing a statistically significant reduction ($p=0,005$). Quality of life indexes were also found significantly decreased on psoriasis group (Physical Limitation median value CS group 100 and Psoriasis group 25; General health state median value CS group 72 and Psoriasis group 67; Vitality median value CS group 65 and Psoriasis group 55; Emotional limitation CS group 100 and Psoriasis group 33, Mental health median value CS group 68 and Psoriasis group 60). Most affected domains were physical limitation, emotional limitation and mental health indexes ($p<0,001$, $p=0,006$, $p=0,039$, respectively). Forty four of the 75 Psoriasis group's patients were evaluated by a rheumatologist: 9 had no rheumatological condition associated, 9 had no specified arthralgia, 2 had osteoarthritis, 15 fibromyalgia and 9 psoriatic arthritis. It was not found a statistically significant relationship between sexual dysfunction and the presence of rheumatological comorbidities.

Conclusions: Quality of life and sexual function are impaired in a considerable number of female psoriasis patients. These considerations reinforce the idea that is important to include measures of psychosocial and sexual morbidity when assessing psoriasis severity and treatment efficacy.

Keywords: psoriasis; psoriatic arthritis, sexual dysfunction, quality of life.

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 – Poder do teste de Wilcoxon para variável desejo - pg 50

Gráfico 2 – Diagrama de caixas para variável idade segundo tipo de paciente (Grupo CS *versus* Grupo Psoríase) – pg 54

Gráfico 3 – Densidade empírica da idade segundo o estado civil (Grupo CS *versus* Grupo Psoríase) – pg 55

Gráfico 4 – Frequência da escolaridade segundo o grupo (Grupo CS *versus* Grupo Psoríase) – pg 56

Gráfico 5 – Diagrama de caixas para extensão da psoríase (Grupo Psoríase) – pg 57

Gráfico 6 – Distribuição empírica do tempo de evolução da psoríase (Grupo psoríase) – pg 58

Gráfico 7 – Gráfico de dispersão do tempo de evolução *versus* extensão da psoríase – pg 59

Gráfico 8 – Distribuição do Grupo Psoríase, conforme tratamento – pg 60

Gráfico 9- Frequência de diagnóstico de condição reumática no Grupo Psoríase – pg 61

Gráfico 10 – Distribuição dos índices de qualidade de vida representada através da densidade dos escores dos domínios do questionário SF-36 nos grupos CS e Psoríase – pg 63

Gráfico 11 – Diagrama de caixas para a idade segundo a presença ou não de disfunção sexual (Grupo CS e Grupo Psoríase) – pg 68

Gráfico 12- Distribuição do tempo de evolução da psoríase segundo a apresentação de disfunção sexual ou não (Grupo Psoríase) – pg 70

Gráfico 13 – Extensão da psoríase conforme apresentação de disfunção sexual ou não (Grupo Psoríase) – pg 72

Gráfico 14 – Distribuição dos índices (escores) de qualidade de vida nas pacientes com e sem disfunção sexual (Grupo CS e Psoríase) – pg 74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Medidas resumo para idade (Grupo CS *versus* Grupo Psoríase) – pg 53

Tabela 2 – Distribuição conjunta segundo grupo e etnia – pg 54

Tabela 3 – Distribuição conjunta segundo grupo e estado civil – pg 55

Tabela 4 – Medidas resumo para tempo de evolução da psoríase em anos – pg 58

Tabela 5 – Medidas resumo para os índices de qualidade de vida segundo grupo – pg 62

Tabela 6 – Distribuição conjunta segundo grupo e presença ou não de disfunção sexual, excluindo pacientes sem atividade sexual – pg 64

Tabela 7 – Distribuição conjunta segundo grupo e presença ou não de disfunção sexual, incluindo pacientes sem atividade sexual – pg 65

Tabela 8 – Frequência das categorias dos índices de função sexual segundo grupo e p-valores do teste de qui-quadrado de independência entre os grupos e índices – pg 66

Tabela 9 – Medidas resumo para idade segundo a presença ou não de disfunção sexual – pg 67

Tabela 10 – Distribuição conjunta segundo presença de disfunção sexual e escolaridade – pg 68

Tabela 11 – Distribuição conjunta segundo disfunção sexual e estado civil – pg 69

Tabela 12 – Medidas resumo para tempo de evolução da psoríase em anos segundo a presença ou não de disfunção sexual – pg 69

Tabela 13 – Frequência e porcentagens do diagnóstico de condição reumática nas pacientes com psoríase segundo apresentação ou não de disfunção sexual - pg 71

Tabela 14 – Medidas resumo para extensão da psoríase segundo apresentação ou não de disfunção sexual – pg 71

Tabela 15 – Coeficiente de correlação de Spearman entre os índices de qualidade de vida e a extensão da psoríase – pg 73

Tabela 16 – Medidas resumo para os índices de qualidade de vida

segundo apresentação ou não de disfunção sexual e p-valores para diferenças das médias - pg 74

LISTA DE ABREVIATURAS

- AQoI – *Assessment of Quality of Life Instrument* (Instrumento de Abordagem da qualidade de vida)
- BSA – *Body Surface Area* (Acometimento de superfície corporal)
- CASPAR – *Classification criteria for psoriatic arthritis* (Critérios Classificatórios para Artrite Psoriásica)
- DLQI – *Dermatology Life Quality Index* (Índice de Qualidade de Vida Dermatológico)
- DSM-IV – *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders fourth edition* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4a edição)
- FSFI – *Female Sexual Function Index* (Índice de Função Sexual Feminina)
- GPA – glipoproteína
- GRAPPA – *Group for research and assessment of psoriasis and psoriatic arthritis* (Grupo de pesquisa e abordagem da psoríase e da artrite psoriásica)
- HFA – Hospital das Forças Armadas
- HUB – Hospital Universitário de Brasília
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IIEF – *International Index of Erectile Function* (Índice Internacional de Função Erétil)
- NAPSI – *Nail psoriasis and severity index* (Índice da Gravidade Ungueal da Psoríase)
- NHLS – *National health and social life survey* (Grupo de Pesquisa Nacional de Saúde e Vida Social)
- nUVB – ultravioleta de banda estreita
- OMERACT – *Outcome measures in rheumatology clinical trials* (Rede Internacional para Estabelecimento de Medidas nos Ensaios Clínicos Reumatológicos)
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PASI – *Psoriasis area and severity index* (Índice de Gravidade da Área de Psoríase)
- PCR – Proteína C reativa
- QV – Qualidade de vida
- QVS – Qualidade de vida em saúde
- QWB – *Quality of well-being scale* (Escala da Qualidade de Bem-Estar)
- SAPASI – *Self-administered psoriasis area and severity index* (Índice de Gravidade da Área de Psoríase Auto-Aplicável)

SF-36 – *Medical Outcomes Study 36-items shortform health survey* (Questionário simplificado de 36 itens para estudo das consequências de desordens médicas)

SIP – *Sickness Impact Profile* (Perfil do Impacto da Doença)

UnB – Universidade de Brasília

UVA – ultravioleta A

UVB – ultravioleta B

VHS – Velocidade de hemossedimentação sanguínea

WHO-QLI – *World health organization quality of life instrument* (Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde)

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
1.1.1 Psoríase	19
1.1.1.1 Conceito	19
1.1.1.2 Histórico.....	19
1.1.1.3 Epidemiologia.....	21
1.1.1.4 Quadro Clínico	22
1.1.1.5 Instrumentos para avaliação da psoríase	24
1.1.1.6 Tratamento	25
1.1.1.7 Prognóstico.....	26
1.1.2 Artrite Psoriásica	26
1.1.2.1 Conceito	26
1.1.2.2 Epidemiologia.....	27
1.1.2.3 Quadro Clínico	28
1.1.2.4 Diagnóstico.....	29
1.1.3 Psoríase e Qualidade de vida	30
1.1.3.1. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida em pacientes com diagnóstico de psoríase	31
1.1.4 Disfunção sexual.....	32
1.1.4.1. Questionários de avaliação da função sexual	34
1.1.5 Psoríase e disfunção sexual.....	35
2 JUSTIFICATIVA	38
3 OBJETIVOS.....	40
3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO	40
3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	40
4 MÉTODOS	42
4.1 TIPO DE ESTUDO	42
4.2 LOCAL DO ESTUDO	42
4.3 DURAÇÃO DO ESTUDO.....	42
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	43
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	43
4.6 AVALIAÇÃO DAS PACIENTES.....	44
4.6.1 Características gerais	44
4.6.1.1 Idade	44
4.6.1.2 Etnia.....	45

4.6.1.3 Estado civil	45
4.6.1.4 Grau de instrução	45
4.6.2 Avaliação clínica	45
4.6.2.1 Dados da história clínica e exame físico	46
4.6.2.2 Exame dermatológico	46
4.6.2.3 Avaliação reumatológica	47
4.6.3 Avaliação da Função Sexual	48
4.6.4 Avaliação da qualidade de vida	48
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	48
4.8 PLANO AMOSTRAL	49
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	50
5 RESULTADOS	53
5.1 PERFIL DOS PACIENTES (CONTROLE X PSORÍASE)	53
5.1.1 Tamanho da população	53
5.1.2 Idade	53
5.1.3 Grupo étnico	54
5.1.4 Estado Civil	54
5.1.5 Grau de instrução	56
5.1.6 Doenças prévias e comorbidades associadas	56
5.1.7 Tipo de psoríase	57
5.1.8 Grau de extensão do envolvimento cutâneo	57
5.1.9 Tempo de evolução da psoríase	58
5.1.10 Envolvimento ungueal	59
5.1.11 Tratamento empregado para psoríase	59
5.1.12 Avaliação reumatológica	60
5.2 ÍNDICES (SCORES) DE QUALIDADE DE VIDA (SF-36)	61
5.3 DISFUNÇÃO SEXUAL (FSFI)	63
5.4 DISFUNÇÃO SEXUAL E CORRELAÇÃO COM OS FATORES EPIDEMIOLÓGICOS (IDADE, ESTADO CIVIL, GRAU DE INSTRUÇÃO)	67
5.5 DISFUNÇÃO SEXUAL E TEMPO DE EVOLUÇÃO DA PSORÍASE	69
5.6 DISFUNÇÃO SEXUAL E DIAGNÓSTICO DE DOENÇA REUMÁTICA	70
5.7 CORRELAÇÃO ENTRE A DISFUNÇÃO SEXUAL E A EXTENSÃO DA PSORÍASE (PASI)	71
5.8 EXTENSÃO DA PSORÍASE E QUALIDADE DE VIDA	72
5.9 CORRELAÇÃO ENTRE DISFUNÇÃO SEXUAL E OS DOMÍNIOS DETERMINADOS PELO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (SF-36)	73
6 DISCUSSÃO	76

6.1 Perfil das populações estudadas	76
6.2 Impacto na Qualidade de Vida	79
6.3 Disfunção sexual	81
7 CONCLUSÕES.....	88
8 PERSPECTIVAS	90
9 PRODUÇÃO CIENTÍFICA RELACIONADA AO MATERIAL DA DISSERTAÇÃO	92
9.1 Apresentações em congressos	92
9.2 Participação em Reunião Científica	92
9.3 Artigos Publicados	92
9.4 Artigos Submetidos à Publicação	92
10 REFERÊNCIAS	94

1 INTRODUÇÃO



Ato de amor, afresco romano encontrado em cubículo em Pompéia, século 1 a.C.

1 INTRODUÇÃO

1.1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1.1 Psoríase

1.1.1.1 Conceito

Desordem sistêmica, inflamatória, crônica e imunomediada, cujas principais manifestações são cutâneas e articulares (1-3).

1.1.1.2 Histórico

As primeiras descrições da psoríase datam da Grécia Antiga. Os gregos dividiam as doenças cutâneas nas seguintes categorias: *psora*, *leichen* e *lepra*. *Psora* referia-se às afecções pruriginosas, úmidas, e ulceradas; os quadros tuberculosos eram denominados *leichen*; enquanto *lepra* derivava do grego *lopos* (epiderme) e *lepo* (escama) e agrupava as dermatoses descamativas (4).

Hipócrates (460-377a.C.) foi um dos primeiros autores a descrever as desordens cutâneas em sua coleção de dissertações médicas, conhecidas como *Hippocratic Corpus* (5, 6). Ele utilizou o termo *lopoi* para descrever erupções secas e descamativas, como psoríase, lepra e outras dermatoses inflamatórias. Foi também o primeiro a relatar uma dermatose que seguia inflamações de garganta, provavelmente a primeira descrição da psoríase *gutata* (6).

O Velho Testamento também unificou a definição de diversas dermatoses. O termo bíblico *tsaraat* ou *zaraath* descrevia uma gama de quadros cutâneos, que incluíam a

lepra e a psoríase (7). Sugere-se que o sírio Naaman, leproso que teve suas lesões curadas após o banho no rio Jordão, na verdade era portador de psoríase, e não hanseníase (6).

Muitos historiadores acreditam que o pensador romano Celsus (25 a.C.- 45 d.C.) foi o primeiro a descrever as doenças papuloescamosas (8). Celsus especificou um impetigo caracterizado por eritema recoberto por escamas, que sugere um tipo de doença papuloescamosa, como a psoríase (7, 8).

Galeno (133-200 d.C.) foi o primeiro a utilizar o termo psoríase, embora a descrição seja mais consistente com o que hoje é conhecido como dermatite seborreica (9).

Na Idade Média, a confusão entre a psoríase e a lepra tornou-se mais estabelecida. A lepra verdadeira, conhecida pelos gregos como "*elephantiasis graecorum*" foi confundida com a "*lepra graecorum*" quando os textos árabes foram traduzidos para o latim (6). O agrupamento indiscriminado das doenças cutâneas levou à estigmatização dos pacientes com psoríase (5). Por séculos, estes pacientes receberam o mesmo tratamento cruel destinado aos "leprosos", cujos quadros eram considerado punições divinas. Eles eram declarados pela Igreja como oficialmente mortos e determinados ao isolamento social, carregando sinos para avisar as pessoas saudáveis de sua presença, vestindo roupas especiais, e não lhes sendo permitido falar, tocar ou comer com pessoas saudáveis (6, 9). Em 1313, Phillip, o justo, da França ordenou inclusive que eles fossem queimados em fogueiras (5, 8).

Durante o período Bizantino, os portadores de doenças, como a lepra, eram isolados em mosteiros. Algumas evidências mostram que isso incluiu indivíduos com psoríase, como por exemplo, o achado de esqueletos de dois adultos masculinos em um mosteiro do deserto da Judéia com lesões características de artrite psoriásica (10). A confusão entre os dois quadros continuou por mais 500 anos. Numerosas referências à "lepra" foram encontradas no meio do século 18, nos registros de admissão da enfermaria de Manchester. A descrição das dermatoses na maior parte dos casos é consistente com o diagnóstico de psoríase (10).

Em 1714, Daniel Turner publicou o primeiro livro em inglês sobre doenças cutâneas, separando os quadros cutâneos semelhantes à lepra e à psoríase em capítulos diferentes, o que sugeriu um reconhecimento da distinção dos dois quadros (6).

Em 1809, Willan, com base nas descrições de Celsus, detalhou as características do que hoje conhecemos como psoríase (5, 6). Entretanto, ele descreveu a psoríase atual com o nome de lepra vulgar, perpetuando a confusão entre lepra e psoríase. A

lepra vulgar seria um quadro de placas eritematosas, marginadas, com descamação branco-prateada, mais frequentes nos joelhos, associada à *pitting* ungueal (6). Em 1818, Alibert descreveu a associação entre artrite e o quadro de Willan (5).

Por décadas, permaneceu a dificuldade de diferenciar a psoríase de doenças com características semelhantes. Finalmente, Gibert e Hebra relacionaram a descrição de Willan ao termo psoríase. Em seu livro, Gibert (1797-1866) usou o termo psoríase, reconheceu a sífilis secundária como entidade contagiosa e estabeleceu a pitiríase rósea como síndrome clínica, auxiliando na distinção das doenças pápulo-descamativas (11). Em 1841, Ferdinand Hebra distinguiu o quadro clínico da psoríase da lepra, iniciando um grande avanço em sua investigação diagnóstica e terapêutica (5). Em 1860, Bazin empregou o termo “artrite psoriásica” para denominar a associação descrita por Alibert (5).

1.1.1.3 Epidemiologia

A psoríase é um quadro universal, com prevalência de 0 a 11,8%, dependendo da etnia da população estudada (3, 5). As maiores prevalências são encontradas na América do Norte e na Europa (3), sendo considerada a doença autoimune mais prevalente nos EUA, e com taxas de 4,8%, por exemplo, na Noruega (1, 5). Asiáticos e populações indígenas parecem ser menos acometidos. Um estudo com mais de 5 milhões de chineses revelou uma prevalência de 0,2% (5), enquanto nenhum caso foi encontrado em estudos com quase 26000 índios sul-americanos e com 12500 samoanos (3, 5). Até o momento, não foram encontrados estudos de prevalência da psoríase no Brasil (3).

Em relação à incidência, poucos estudos foram conduzidos. A incidência mundial oscila entre 1-3% (3). Estima-se que, nos EUA, a psoríase atinja 60,4: 100 000 pessoas/ano, e no Reino Unido, 140: 100 000 pessoas/ano (5).

A psoríase acomete em iguais proporções homens e mulheres (5). Pode se manifestar em qualquer idade, embora estudos mostrem uma distribuição bimodal da idade de início (5). Henseler e Christophers relataram duas formas clínicas de psoríase, diferenciadas pela idade de início, uma com aparecimento entre os 20-30

anos e a segunda mais tardia, entre 50 e 60 anos. O quadro precoce mostrava-se mais instável, com recidivas frequentes, maior superfície corporal acometida e maior acometimento ungueal. O quadro tardio tinha um curso clínico mais estável (12). Em cerca de 75% dos casos, a doença se inicia antes dos 40 anos, e apesar de ser mais precoce nas mulheres, sua história natural é semelhante nos dois gêneros (5). Estudos epidemiológicos entre populações caucasianas e asiáticas mostraram que os pacientes com psoríase apresentam um maior risco de comorbidades como doença intestinal inflamatória, doenças cardiovasculares e síndrome metabólica (1, 2, 13). Essas comorbidades influenciam na qualidade de vida destes pacientes e contribuem para uma redução na expectativa de vida de 3 a 4 anos (2).

1.1.1.4 Quadro Clínico

As lesões cutâneas da psoríase geralmente são bem características, manifestando-se como pápulas ou placas descamativas, eritematosas, bem delimitadas, com escamas argênticas (12, 14). Elas tendem a ser circulares, ovais ou policíclicas, de dimensões variáveis (14). Característicos também são o sinal de Auspitz, definido como a presença de orvalho sanguíneo após a remoção mecânica das escamas (12), e a presença de halo hipocrômico, denominado halo de Woronoff (14). Fenômeno de Koebner está presente em 20% dos pacientes com psoríase, e caracteriza-se pelo aparecimento de lesões de psoríase em pele sadia após irritação inespecífica ou trauma (12).

O acometimento ungueal ocorre em 10-80% dos pacientes (14), chegando a 87% nos pacientes com artrite psoriásica (5). As unhas das mãos são mais afetadas que as do pé. O quadro afeta a matriz e leito ungueal, assim como o hiponíquio, podendo se manifestar menos comumente como leuconíquia e perda da transparência ungueal (14). Outros achados incluem *pitting*, lesão em “mancha de óleo” (por exocitose dos leucócitos abaixo da lâmina ungueal), pontos hemorrágicos, hiperkeratose subungueal e onicolise distal até grandes deformidades como onicodistrofia, resultando em aspecto queratótico amarelado. (12, 14).

As principais formas de apresentação clínica da psoríase incluem a psoríase em placa ou vulgar, *gutata*, eritrodérmica, palmoplantar e pustulosa (15).

A forma cutânea mais comum é a psoríase em placa, ou psoríase vulgar, que acomete cerca de 90% dos pacientes (16). Ela apresenta lesões eritematosas, descamativas e simétricas, comumente nos cotovelos, joelhos, couro cabeludo, região coccígea e umbigo (12). Com menor frequência, ela pode atingir as grandes dobras, como axila, virilha e pescoço (psoríase invertida) (15). Nesse caso, as lesões são tipicamente placas eritematosas, brilhantes, sem descamação, o que faz com que frequentemente sejam confundidas com intertrigo, cândida e dermatofitoses (12, 14).

Psoríase *gutata* acomete cerca de 2% dos pacientes (14), apresentando-se como lesões pequenas no tronco e áreas proximais dos membros. Ela classicamente é descrita após infecção orofaríngea por estreptococo do grupo B, especialmente em crianças (12).

A psoríase eritrodérmica é caracterizada por acometimento total ou quase total da superfície corporal por psoríase ativa. Estudo realizado em pacientes no Hospital Universitário de Brasília (HUB) mostrou essa forma de apresentação em 1,8% dos 108 pacientes estudados (17). Eritema generalizado é a característica mais comum e a descamação usualmente é menos proeminente que na psoríase em placa. Essa forma de psoríase pode ocorrer de forma abrupta, geralmente precipitada por infecção, drogas, principalmente após uso de corticosteroide, ou se sobrepor a uma forma vulgar (12).

A forma palmoplantar é mais frequente no adulto, acometendo 4,6% dos pacientes (17). Observam-se placas bem delimitadas e simétricas, associada à intensa hiperqueratose, com ou sem fissuras, com tendência a poupar o cavo plantar (15).

A psoríase pustulosa é a forma mais rara (14), embora tenha sido relatada em até 4,6% dos pacientes (17). Ela se divide em duas variantes principais. A psoríase pustulosa do tipo von Zumbusch caracteriza-se por erupção de pústulas estéreis sobre pele eritematosa no tronco e extremidades, poupando a face. Os pacientes tendem a apresentar sinais e sintomas de doença sistêmica com febre, taquicardia, emagrecimento, artralgia, leucocitose e aumento da velocidade de hemossedimentação sanguínea (VHS). A outra variante da psoríase pustulosa caracteriza-se por se limitar à palma e planta, não apresentando sinais de acometimento sistêmico (12).

1.1.1.5 Instrumentos para avaliação da psoríase

Diversos são os instrumentos descritos para avaliação clínica da psoríase, como por exemplo o Índice de Acometimento de Superfície Corporal (BSA- do inglês *Body Surface Area*), o Índice de Gravidade Ungueal da Psoríase (NAPSI, do inglês *Nail Psoriasis Severity Index*), o Índice de Gravidade da Área de Psoríase (PASI, do inglês *Psoriasis Area and Severity Index*) e sua versão auto-aplicada, o Índice de Gravidade da Área de Psoríase auto-administrado (SAPASI, do inglês *Self-Administered Psoriasis Area and Severity Index*) (14, 18).

Uma revisão sistemática dos melhores instrumentos para avaliação da gravidade clínica da doença mostrou que o PASI foi o índice de gravidade mais estudado, além de se mostrar o instrumento mais validado de acordo com critérios metodológicos (19). Ele foi desenvolvido em 1978 por Fredricksson e Petterson para avaliar a gravidade da psoríase (20). Esse índice analisa as 4 regiões do corpo (cabeça, tronco, membros superiores e inferiores) em relação ao eritema, induração (espessura), descamação das placas e área corporal afetada. Pontuações de 0-4 são atribuídas ao eritema, induração e descamação, de acordo com sua intensidade (0-ausente, 1-leve, 2-moderada, 3-intenso, 4-grave). A superfície corporal afetada é expressa em porcentagem (0-100%), com a pontuação correspondente expressa de 1-6 (1- menos de 10%, 2- entre 10-29%, 3- 30-49%, 4-50-69%, 5- 70-89% e 6 entre 90-100%).

Apesar de sua ampla utilização, até o momento, o ponto de corte para definição da gravidade da psoríase ainda não foi definido. Alguns autores definem psoríase grave quando o PASI é maior ou igual a 18, enquanto para outros o ponto de corte seria 12 (14, 20). Apesar de ser uma das ferramentas mais importantes na avaliação da gravidade da psoríase, é importante ressaltar que o PASI não leva em consideração a percepção dos pacientes de sua doença e o impacto que ela causa, apenas as características clínicas das lesões e a extensão da área afetada (20).

1.1.1.6 Tratamento

O tratamento da psoríase deve ser multidisciplinar e inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas, como apoio psicológico / psicoterápico, quando necessário. Além disso, ele depende do tipo de psoríase, da extensão do quadro e de fatores como idade, ocupação, condições gerais de saúde, nível intelectual e socioeconômico do paciente (16).

O tratamento medicamentoso pode ser dividido em tópico ou sistêmico. As terapias tópicas podem ser utilizadas de forma isolada ou combinadas à fototerapia e terapia sistêmica. Dentre as medicações tópicas, incluem-se os corticoides tópicos, coaltar e antralina, e os análogos da vitamina D (16).

A fototerapia com ultravioleta B (UVB), UVB de banda estreita (nUVB) e ultravioleta A (UVA) seguidas de ingestão ou tratamento tópico com psoralenos são terapias clássicas em pacientes com psoríase moderada a grave. No final dos anos 70, a monoterapia com doses eritematogênicas de UVB de banda larga demonstrou ser um tratamento eficaz; mais tarde, nUVB (311-313nm) foi desenvolvido, sendo atualmente considerado a melhor irradiação. O *excimer* laser 308 nm pode ser utilizado em quadros localizados, com lesões limitadas (14).

Quando a erupção não puder ser controlada pelo tratamento tópico isolado ou associado à fototerapia, ou a extensão ou gravidade da condição ou do paciente assim exigirem, podem ser utilizados os tratamentos sistêmicos.

Dentre os tratamentos sistêmicos, destacam-se o metotrexate, a acitretina, a ciclosporina A e as drogas modificadoras do curso da doença biológicas, também chamadas de medicamentos biológicos ou terapia biológica (16).

A associação britânica de dermatologistas publicou um *guideline* para o uso de terapias biológicas na psoríase em 2009. Os critérios considerados para o uso dos medicamentos biológicos incluíam: doença clínica grave, definida como PASI maior ou igual a 10 e Índice de Qualidade de Vida Dermatológico (do inglês *Dermatology Quality of Life Index* - DLQI) maior ou igual a 10, e pacientes com contraindicação à fototerapia e outros tratamentos sistêmicos padrão, intolerância às terapias sistêmicas padrão, ou ausência de resposta às terapias sistêmicas padrão. Uma resposta adequada ao tratamento é definida como redução maior ou igual a 50% no

PASI inicial e maior ou igual a 5 pontos no DLQI, ou redução de 75% do PASI inicial (19, 21).

Apesar da ampla gama de medicamentos disponíveis, é importante observar que 40% dos pacientes referem frustração com a ineficiência dos seus tratamentos atuais, ressaltando a necessidade de uma boa orientação e relação médico-paciente (14).

1.1.1.7 Prognóstico

Ao longo dos últimos anos, comorbidades inflamatórias, cardiovasculares, metabólicas e neuropsíquicas foram descritas em associação com a psoríase. Atualmente, discute-se inclusive se a psoríase é um fator de risco independente para estas comorbidades (13).

Uma revisão de 14 estudos mostrou um risco significativo para doença cardiovascular nos pacientes com psoríase e artrite psoriásica (19), entretanto esse risco não parece uniforme, mostrando-se mais prevalente nos pacientes jovens com psoríase severa e menos significativo nos pacientes maiores que 60 anos (13).

A prevalência dos diferentes componentes da síndrome metabólica também se encontra aumentada nos portadores de psoríase quando comparada à população geral (12).

A relação da psoríase na etiologia das comorbidades cardiovasculares e metabólicas é sustentada por conceitos fisiopatológicos que estabelecem uma ligação entre a inflamação crônica do curso da psoríase e a disfunção endotelial, formação da placa de ateroma e os diferentes componentes da síndrome metabólica (13).

1.1.2 Artrite Psoriásica

1.1.2.1 Conceito

Artropatia inflamatória crônica, classificada entre as espondiloartrites, associada à psoríase cutânea, usualmente soronegativa, ou seja, não associada à presença do autoanticorpo fator reumatoide. (17, 22).

1.1.2.2 Epidemiologia

As manifestações reumáticas são 10 a 15 vezes mais comuns em pacientes com psoríase que na população geral. Cerca de 5 a 42% dos pacientes portadores de psoríase vão desenvolver artrite (23), embora nem toda manifestação articular corresponda à artrite psoriásica (17). Não há um consenso na literatura a respeito da exata prevalência da artrite psoriásica (5, 23). Estudos recentes mostram prevalências entre 0,06%-0,25% na população geral (3, 24). Nos EUA, a prevalência da artrite psoriásica é cerca de 0,25% da população geral (5). No Brasil, estudos mostraram frequências mais elevadas de artrite psoriásica, com taxas que variaram de 13,7 a 24% na região sudeste (3), e de 35% na região centro-oeste (17).

Estimar a prevalência da artrite psoriásica tem sido difícil, principalmente pela existência de diferentes critérios utilizados para classificar o indivíduo como acometido pela doença. Além disso, a prevalência também tende a estar subestimada, uma vez que muitos fatores dificultam o diagnóstico da doença, incluindo seu quadro insidioso e ausência de marcadores sorológicos ou exames de imagem específicos (3, 5).

O quadro cutâneo precede as manifestações articulares em 75% dos casos, é posterior à artrite em 15% dos casos e em 10% dos indivíduos acometidos, pele e articulações são acometidas de forma simultânea (5, 23). O quadro articular tende a aparecer cerca de 2 décadas após o quadro cutâneo (23), sendo o pico de incidência entre 40 e 50 anos (5, 17). A frequência é semelhante em ambos os gêneros, apesar da forma com acometimento axial afetar 3-5 vezes mais os homens (3, 23). A distrofia ungueal, as lesões psoriásicas do couro cabeludo e região interglútea ou perianal são aquelas associadas à maior probabilidade de

desenvolvimento de artrite psoriásica (5).

1.1.2.3 Quadro Clínico

Originalmente, Moll e Wright descreveram 5 padrões clínicos da artrite psoriásica: acometimento das articulações interfalangeanas distais, acometimento oligoarticular assimétrico, poliarticular simétrico, espondilite e sacroileíte, e artrite mutilante (24). Entretanto, a sobreposição de manifestações entre os vários subgrupos é frequente, de forma que a tendência atual é classificar o quadro em: oligoarticular (menos de 4 articulações acometidas), poliarticular (5 ou mais articulações acometidas) e axial (17, 23).

A forma oligoarticular se caracteriza por aspectos típicos de inflamação articular, como edema, eritema e calor, acometendo de forma assimétrica as articulações interfalangeanas proximais, distais e metacarpofalangeanas, além dos pododáctilos, tornozelos, joelhos e articulações coxofemorais (12, 23). A forma poliarticular assemelha-se à artrite reumatoide, acometendo tanto grandes quanto pequenas articulações, de forma mais simétrica (23). O acometimento da coluna ocorre em 40% dos pacientes e justifica a inclusão da artrite psoriásica no grupo das espondilartrites (12). Com a evolução do quadro, a diminuição dos espaços articulares e as erosões levam a deformidades articulares, acarretando severa incapacidade em cerca de 20% dos pacientes (24). Dez a cinquenta por cento dos pacientes podem apresentar alterações radiológicas das articulações sacroilíacas, mesmo que assintomáticos (23).

Elementos clínicos importantes são entesite e dactilite, que ocorrem em 40% e 50% dos pacientes, respectivamente (3, 17). A entesite pode ocorrer em qualquer parte do corpo, embora localizações mais comuns sejam a inserção da fáscia plantar, tendão de Aquiles, costelas, coluna e pelve. Dactilite, ou “dedo em salsicha”, é a combinação de entesite dos tendões e ligamentos assim como sinovite das articulações de todo o dedo (23).

A artrite psoriásica está associada à psoríase ungueal em 87% dos pacientes, o que parece ocorrer pela inflamação de ênteses intimamente relacionadas à unha, articulação e tendão do extensor da falange distal (23).

Manifestações extra-articulares podem estar presentes e incluem: conjuntivite, uveíte, úlceras orais, envolvimento gastrointestinal, e mais raramente, fibrose pulmonar e insuficiência aórtica (23).

1.1.2.4 Diagnóstico

Há dificuldades de diagnóstico da artrite psoriásica e vários critérios de classificação já foram propostos (3).

O critério de classificação de Caspar (do inglês *Classification Criteria for Psoriatic Arthritis*) mostrou-se útil na artrite psoriásica quando aplicado em pacientes com artropatia inflamatória, com sensibilidade de 91,4% e especificidade de 98,7% (22, 25). Sua limitação seria o fato de ter sido desenvolvido baseado em pacientes com doença estabelecida (com cerca de 11 anos de evolução) (25). Entretanto Chandran *et al* comprovaram alta sensibilidade dos critérios tanto em pacientes com doença antiga quanto inicial (definida como menos de 2,5 anos de duração) (97,2% e 99,1%, respectivamente) (22).

Os critérios de Caspar exigem presença de doença inflamatória articular periférica, axial ou entesítica associada à obtenção de no mínimo 3 pontos conforme evidência de psoríase cutânea (atual vale 2 pontos, prévia ou familiar, 1 ponto cada), distrofia ungueal psoriásica, fator reumatoide negativo, dactilite ou evidência radiográfica característica (23).

A avaliação laboratorial e os exames complementares são inespecíficos, podendo mostrar elevação das provas de atividade inflamatória como VHS, proteína-C reativa (PCR) e alfa 1-glicoproteína (alfa1GPA), com eventual hipergamaglobulinemia policlonal (3, 23). Achados radiográficos incluem redução do espaço articular, erosões e proliferações ósseas, além de predileção pelo acometimento de interfalangeanas distais (erosão marginal e neoformação óssea adjacente), periostite

com falange “em marfim”, deformidade “lápis na xícara” e, mais raramente, envolvimento tipo coluna “em bambu” (3).

1.1.3 Psoríase e Qualidade de vida

Desde a introdução do termo pelo economista inglês Arthur Cecil Pigou, a expressão “qualidade de vida” (QV) tem sido definida de várias formas e utilizada em diferentes campos de investigação, embora a natureza da definição seja vaga (26).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto dos valores e culturas nos quais ele vive e de suas relações com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (27). Ela é utilizada para avaliar o bem-estar geral de um indivíduo e engloba o bem-estar físico, emocional, funcional, social e familiar (28).

Embora a QV possa ser influenciada por fatores não clínicos, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVS) constitui um conceito mais limitado, que se caracteriza pelos efeitos da saúde na QV do indivíduo (26, 28). Embora poucas condições dermatológicas possam limitar a expectativa de vida, muitas dermatoses podem afetar a vida do paciente de forma física, emocional ou funcional. Identificar como a condição cutânea influencia a vida do paciente, quantificar o fardo que ela causa e utilizar essa informação para melhorar a vida do paciente são objetivos importantes na clínica dermatológica (28).

Os relatos que mostram o impacto da psoríase na QVS remontam aos anos 70 (29, 30). Jobling observou que mais de 80% dos pacientes com psoríase apresentavam dificuldades em estabelecer relações sociais, sendo este considerado o aspecto mais difícil de sua doença (30). Desde então, o interesse na QVS e no bem-estar psicossocial dos pacientes com psoríase tem aumentado.

Pacientes com psoríase relatam que sua condição clínica desencadeia sentimentos de raiva, depressão, vergonha, ansiedade, culminando no isolamento social e em consumo maior de álcool e fumo (31). Estudo americano realizado com 17425 pacientes, de ambos os sexos, demonstrou que os indivíduos entre 18 e 34 anos são os que apresentam maior sofrimento emocional pela psoríase (32). Dentre este grupo, 88% preocupavam-se com a possibilidade de piora da doença, 81% sentiam

vergonha da exposição das lesões cutâneas, 90% sentiam-se frustrados por ineficácia do tratamento, 75% se achavam pouco atraentes e 54% sentiam-se deprimidos (32).

O impacto da psoríase na QVS de 100 pacientes americanos, de ambos os sexos, com idade entre 20-70 anos mostrou que 19% deles já havia vivenciado experiências de rejeição social em locais como academias de ginástica, piscina, cabeleireiro e ambiente de trabalho, suscitando sentimentos de discriminação (31, 33, 34).

O estresse é frequentemente apontado tanto como desencadeante quanto como agravante das lesões cutâneas, sendo que em 40 a 80% dos pacientes, a doença parece ser afetada por eventos estressantes (35, 36).

1.1.3.1. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida em pacientes com diagnóstico de psoríase

Os instrumentos para a medida da QVS são questionários desenhados para acessar o impacto que a doença tem sobre a QV do paciente. Estes instrumentos podem ser genéricos, específicos para cada especialidade ou específicos para determinada doença ou condição (37).

Para ser útil, um instrumento de aferição da QVS deve apresentar as seguintes características: validade, reprodutibilidade, ser capaz de medir a QVS independente da gravidade da doença, poder ser aplicado a uma ampla variedade de pacientes em vários centros clínicos, ser rápido e fácil para o preenchimento pelo próprio paciente (28, 37).

Há diversos instrumentos genéricos descritos, incluindo o Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHO-QLI do inglês, *World Health Organization Quality of life Instrument*), a Escala de Qualidade de Bem-Estar (QWB, do inglês *Quality of Well-Being Scale*), o EuroQol (EQ-5D), o Índice de Impacto da doença (SIP do inglês, *Sickness Impact Profile*), o Instrumento de Abordagem da Qualidade de Vida (AQoL, do inglês *Assessment of Quality of Life Instrument*) e o *DUKE Health Profile* (38).

Dentre estes, destaca-se o questionário genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (do inglês *Medical Outcomes study 36-items Shortform Health Survey*) (39), um questionário de 36 itens que avalia 8 domínios da QVS: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. Para cada domínio, a pontuação varia entre 0 e 100, sendo zero o pior estado de saúde e 100 o melhor.

O SF-36 é considerado o instrumento mais apropriado na comparação das doenças cutâneas com outras doenças sistêmicas (37, 40, 41). Sampogna *et al* (41) avaliaram a QVS de 380 pacientes com diagnóstico de psoríase utilizando o SF-36. Estes autores observaram que o impacto na saúde física dos pacientes com diagnóstico de psoríase foi semelhante ao de outras condições médicas, como hipertensão arterial sistêmica, *diabete mellitus*, dislipidemia e obesidade. No entanto, o comprometimento dos domínios que avaliam a saúde mental foi maior, semelhante ao observado em quadros psiquiátricos como a depressão. O mesmo trabalho também demonstrou que o maior comprometimento da QVS ocorre nos pacientes com as formas de psoríase palmoplantar, pustulosa e artrite psoriásica.

Outros trabalhos usaram o SF-36 na comparação da QVS de pacientes com psoríase e pacientes com outras doenças crônicas. O resultado mostrou que o impacto da psoríase era similar ao de doenças como câncer, depressão, *diabete mellitus*, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica, artrite e pneumopatias (31, 37, 42). Estes estudos mostram que a psoríase não constitui apenas um problema estético, mas apresenta efeitos debilitantes físicos e emocionais para os pacientes acometidos.

1.1.4 Disfunção sexual

As diferenças entre os gêneros feminino e masculino em relação ao amor e sexo têm sido estudadas desde o século 18 por vários autores, com o objetivo de um melhor delineamento da patofisiologia do comportamento sexual (43). Entretanto, apenas em 1966, houve um avanço significativo no campo da sexualidade, através do trabalho de Masters e Johnson (44), o *Human Sexual Response*, com a descrição das quatro fases da resposta sexual: desejo, excitação, orgasmo e resolução (43).

Esse modelo até hoje é utilizado, de forma que, atualmente, divide-se o ciclo de resposta sexual nas seguintes fases: 1. Desejo: caracterizado por fantasias acerca da atividade sexual e vontade de ter atividade sexual; 2. Excitação: sentimento subjetivo de prazer sexual e alterações fisiológicas concomitantes, no homem caracteriza-se por tumescência e ereção peniana, enquanto na mulher observam-se vasocongestão pélvica, lubrificação, expansão vaginal e turgescência da genitália externa; 3. Orgasmo: clímax do prazer sexual, com liberação da tensão sexual e contração rítmica dos músculos do períneo e órgãos reprodutores. No homem, caracteriza-se pela sensação de inevitabilidade ejaculatória, seguida de ejaculação, enquanto na mulher, ocorrem contrações da parede do terço inferior da vagina; 4. Resolução: sensação de relaxamento e bem-estar geral (43, 45, 46).

Segundo a OMS, “a saúde mental é a integração dos elementos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser humano, por meios que sejam positivamente enriquecedores e que potencializem a personalidade, a comunicação e o amor. Apresentam decisiva importância, a partir desse ponto de vista, o direito à informação sexual e o direito ao prazer” (47). Baseado neste conceito, acredita-se ser de grande importância uma vivência saudável da sexualidade para que o indivíduo possa assegurar uma boa saúde mental e manter dessa forma uma boa QV.

A disfunção sexual encontra-se diretamente ligada ao não funcionamento adequado de uma das fases que compõem o ciclo sexual. Segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition*), as disfunções sexuais caracterizam-se por uma perturbação no desejo sexual e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual, causando sofrimento acentuado e dificuldade interpessoal (43, 45).

Na mulher, a disfunção sexual pode ser caracterizada por distúrbios do desejo ou libido, distúrbios da excitação, dor ou desconforto, e anorgasmia (48). Estudos internacionais mostram que a prevalência de disfunção sexual em mulheres varia entre 30 a 49% (49, 50). Dados do *National Health and Social Life Survey* (NHLS) referem que 30 a 50% das mulheres americanas têm algum tipo de disfunção sexual (51). Os dados epidemiológicos relacionados à população brasileira são limitados. Abdo *et al* observaram que 30% das mulheres brasileiras apresentavam algum tipo de disfunção sexual, embora apenas 5% procurem ajuda especializada (52, 53).

Valadares *et al* avaliaram 44313 mulheres entre 40 e 65 anos em Belo Horizonte, encontrando uma prevalência de disfunção sexual de 35,9% (54).

A saúde mental, o bem-estar emocional e a autoimagem positiva foram citados como fatores que influenciam positivamente a função sexual (54). Doenças crônicas, problemas circulatórios, neuropatias, hipertensão arterial sistêmica e *diabete mellitus* foram relacionados à disfunção sexual (54).

Os distúrbios de desejo e excitação constam como as queixas mais comumente relatadas neste campo (50). O desejo sexual parece ser influenciado pelo tempo e pela satisfação com o relacionamento, filhos e preocupações financeiras (43). A excitação é definida em muitos estudos pela capacidade da mulher em produzir lubrificação suficiente na relação sexual, sendo afetada pela idade, atitude sexual e estado marital (43).

Os estudos em relação ao orgasmo se iniciaram em 1938, sendo os fatores de risco mais relacionados à anorgasmia, a presença de doenças sistêmicas (como o *diabetes mellitus*), relações sexuais esparsas e visão mais conservadora do sexo (43). Dunn *et al* observaram que a anorgasmia é mais comum nas mulheres que estão no início da vida sexual adulta, entre 18 e 24 anos (55). Em relação à dispareunia, estudos relatam prevalências entre 0,9 até 75%, havendo correlação positiva com hipertensão arterial sistêmica, sintomas depressivos e distúrbios do sono, e associação negativa com a idade (43).

O aumento do interesse pelo estudo da sexualidade tem favorecido avanços nessa área do conhecimento, mas ainda há escassez de dados confiáveis (50). Além disso, algumas informações não podem ser generalizadas para toda a população feminina, porque as diferenças culturais e sociais afetam significativamente o comportamento e a resposta sexual (53, 55).

1.1.4.1. Questionários de avaliação da função sexual

O uso de questionários validados pode ser um facilitador para o avanço das pesquisas, por obedecerem a regras rígidas de tradução e confiabilidade e por favorecerem trabalhos multicêntricos que possibilitem a comparação dos resultados.

Entre os questionários gerais de saúde, o mais utilizado é o SF-36, entretanto eles tendem a ser insuficientes para avaliar a função sexual (53).

O Índice de Função Sexual Feminino (FSFI, do inglês, *Female Sexual Function Index*) foi desenvolvido por Rosen *et al*, em 2000, nos Estados Unidos, sendo posteriormente validado por outros autores (50, 53, 56). É um questionário breve, que pode ser autoaplicado, e que se propõe avaliar a resposta sexual feminina. O FSFI analisa 6 domínios da função sexual: desejo, excitação subjetiva, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor / desconforto (50). Pontuações individuais são obtidas pela soma dos itens que compreendem cada domínio (escore simples), que são multiplicadas pelo fator desse domínio e fornecem o escore ponderado. A pontuação final (mínimo 2 e máximo 36) é obtida pela soma dos escores ponderados de cada domínio (50). O ponto de escore total menor ou igual a 26 indica maior risco de disfunção sexual (50, 53).

1.1.5 Psoríase e disfunção sexual

Em 1997, Gupta e Gupta foram um dos pioneiros no relato dos distúrbios sexuais associados à psoríase. Uma diminuição da intimidade sexual e da libido foi observada em cerca de 30 a 70% dos pacientes (57).

Como citado anteriormente, uma série de alterações psicológicas pode estar associada à psoríase, como a depressão, a vergonha e a ansiedade, que acabam resultando em maior dificuldade de interação social, especialmente para conhecer novas pessoas e iniciar relacionamentos românticos (35).

Recentemente, realizamos uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de avaliar a prevalência da disfunção sexual nos pacientes com diagnóstico de psoríase e artrite psoriásica, analisando a participação de fatores como depressão e extensão da doença nesta relação (58).

Em nossa revisão sistemática, no total, 4039 pacientes com psoríase foram analisados, dos quais 2567 homens (63,55%) e 1472 mulheres (36,45%), com idades variando entre 23 e 62 anos. Em todos os estudos, os pacientes foram avaliados quanto à função sexual a partir de questionário autoaplicáveis, sendo que alguns estudos avaliaram também aspectos psicológicos e QVS. Embora as

populações estudadas e os questionários utilizados tenham sido variados, pudemos observar que a disfunção sexual foi prevalente em todos os estudos (variando de 22,6% a 71,3%) (58).

Publicações posteriores também avaliaram o assunto. Chen *et al* analisaram 12300 homens com psoríase, comparando-os com 61500 controles, observando um risco 1,27 maior de disfunção sexual nos portadores da doença. Esse risco foi maior nos pacientes acima de 60 anos e nos portadores de artrite psoriásica, e embora haja relatos na literatura, não foi observada correlação com tratamentos sistêmicos (59). Ruiz-Villaverde *et al* realizaram um estudo piloto para avaliar a influência dos medicamentos biológicos na disfunção sexual em 20 pacientes com psoríase, 10 homens e 10 mulheres. Eles utilizaram o FSFI e o Índice internacional de função erétil (IIEF, do inglês *International Index of Erectile Function*) para analisar a função sexual feminina e masculina, respectivamente, e observaram uma melhora em ambos os índices (6,3 pontos no FSFI e 9,5 pontos no IIEF) após 6 meses de tratamento com biológicos associado a uma melhora no PASI de 75% (60).

Os dados a respeito das dificuldades sexuais nos pacientes com psoríase são limitados. As hipóteses aventadas para explicar a ocorrência de disfunção sexual nesse grupo de pacientes incluem a extensão do quadro cutâneo, efeitos psicológicos da condição no paciente, preocupação do parceiro e efeitos colaterais relacionados aos tratamentos médicos para a psoríase. Os poucos estudos sobre o tema enfatizam a negligência frequente dada a este tipo de sintomatologia na prática médica, e ressaltam a importância da avaliação do impacto da psoríase não apenas em relação ao acometimento cutâneo e articular, mas também psicossocial e sexual (58, 61).

2 JUSTIFICATIVA



Afrodite de Cnidos, do escultor grego Praxiteles, século 4 a.C.

2 JUSTIFICATIVA

A QVS caracteriza-se pelo efeito da saúde no bem-estar geral do indivíduo, e um dos pontos importantes para sua manutenção, conforme definição da OMS, é a sexualidade (27).

Apesar da disfunção sexual constituir queixa comum, poucos são os estudos que tratam do tema. Revisão sistemática sobre o assunto realçou a negligência frequente dada a este tipo de sintomatologia na prática médica, e ressaltou a importância da avaliação do impacto da psoríase não apenas em relação ao acometimento cutâneo e articular, mas também na QVS dos pacientes (58).

Dentre os fatores que influenciam negativamente a QVS na psoríase destaca-se a associação de sintomas articulares, em especial a presença da artrite psoriásica (18).

A busca sistemática englobando todas as publicações realizadas até outubro de 2012, utilizando como base de dados as fontes Pubmed, Medline, Scielo, e os unitermos "*psoriasis*", "*psoriatic arthritis*", "*sexual dysfunction*" e "*Brazil*" (e seus equivalentes em espanhol e português) não encontrou artigos relacionados ao tema. Em virtude das diferenças socioculturais próprias de cada população, destaca-se a necessidade de um estudo específico na população brasileira, capaz de fornecer maiores informações sobre os nossos pacientes. Neste estudo, optamos por selecionar especificamente pacientes do sexo feminino pela presença de dados prévios que mostram que as mulheres tendem a apresentar maiores alterações nos questionários de QVS que os homens (26). Além disso, essa escolha também foi baseada no instrumento utilizado para avaliação da disfunção sexual, o FSFI, um questionário validado em português, simples e autoaplicável, direcionado ao sexo feminino.

3 OBJETIVOS



Hercules et Omphale, François Boucher, 1735
Óleo sobre tela, 90 x 74 cm
Moscou, Rússia, Pushkin Museum

3 OBJETIVOS

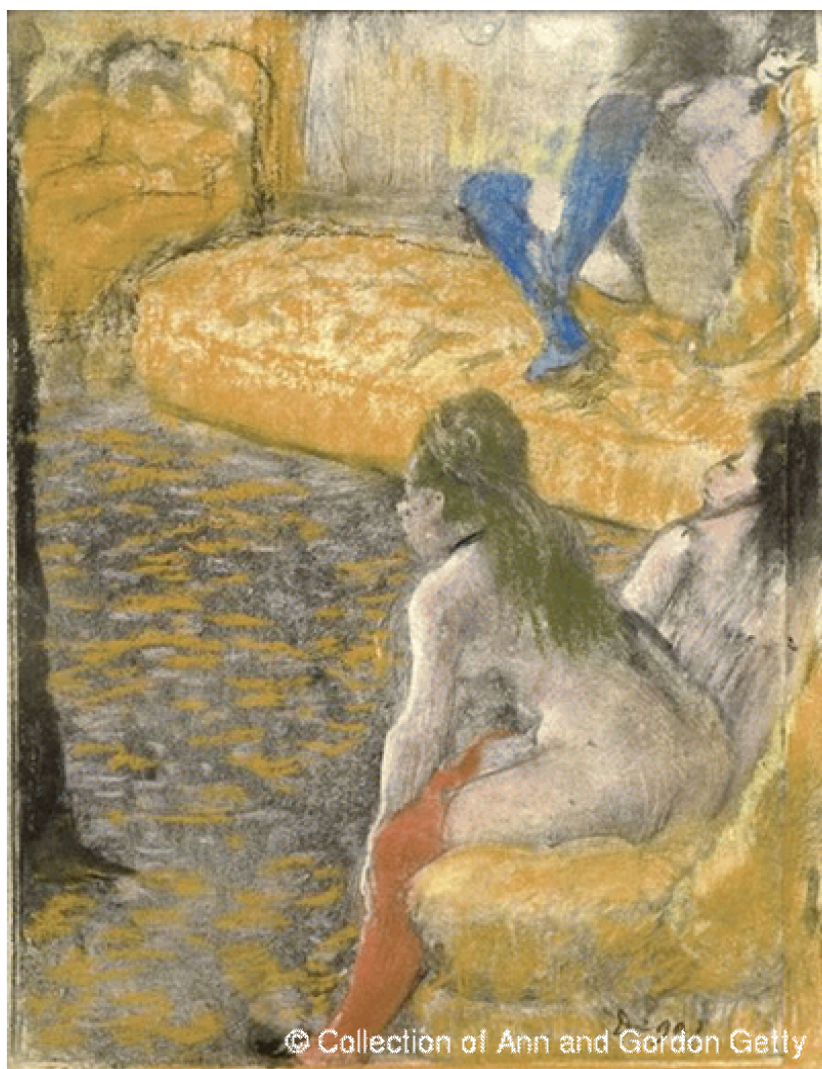
3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

- Verificar se o diagnóstico de psoríase está associado à maior prevalência de disfunção sexual entre pacientes do sexo feminino.

3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Analisar, separadamente, o grau de acometimento em cada domínio da função sexual: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, em pacientes do sexo feminino com diagnóstico de psoríase.
- Avaliar se a disfunção sexual varia de acordo com o grau de extensão da doença cutânea.
- Averiguar se há relação entre a ocorrência de disfunção sexual e a presença de manifestações articulares nas pacientes com psoríase.
- Verificar se o diagnóstico de psoríase, com ou sem manifestações articulares, ocasiona impacto na QVS de pacientes do sexo feminino.
- Analisar se há correlação entre os índices de QVS e a ocorrência de disfunção sexual.

4 MÉTODOS



Waiting for the client, Edgar Degas, 1876-1877
Pastel sobre papel
São Francisco, EUA, Coleção de Ann e Gordon Getty

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal do tipo caso e controle, com amostra por conveniência composta por pacientes com diagnóstico de psoríase e/ou artrite psoriásica incluídas consecutivamente quando compareciam para consulta no ambulatório de referência de Dermatologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) – grupo de pacientes com diagnóstico de psoríase / artrite psoriásica e por voluntárias sadias (não portadoras de psoríase ou artrite psoriásica) atendidas no ambulatório geral de Dermatologia do Hospital das Forças Armadas (HFA) – grupo controle.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

As mulheres do grupo de pacientes com diagnóstico de psoríase / artrite psoriásica (Grupo Psoríase) foram avaliadas no ambulatório de Psoríase do Serviço de Dermatologia do HUB da Universidade de Brasília (UnB).

As pacientes do grupo controle sadio (Grupo CS) foram pareadas por idade e avaliadas no ambulatório de Dermatologia do HFA.

4.3 DURAÇÃO DO ESTUDO

As pacientes de ambos os grupos foram avaliadas entre julho de 2011 e outubro de 2012.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Mulheres com idades entre 18 e 69 anos
- Vida sexual ativa, definida como pelo menos 1 relação sexual na vida
- Grupo Psoríase:
 - Diagnóstico de psoríase: critério clínico determinado pela presença de placas eritemato-descamativas ou alterações ungueais características, tendo sido a paciente avaliada e diagnosticada pelo mesmo médico, um dermatologista experiente, e/ou por exame anatomopatológico conclusivo de psoríase.
 - Diagnóstico de artrite psoriásica: determinado pelos critérios classificatórios de CASPAR, tendo sido as pacientes avaliadas pelo mesmo médico, um reumatologista experiente.
- Grupo CS: Não apresentar diagnóstico de psoríase ou artrite psoriásica
- Ser capaz de compreender, estar de acordo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Não ser capaz de compreender, não estar de acordo ou não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.
- Não resposta a pelo menos um item do questionário FSFI (Anexo A)
- Pacientes portadoras de desordem ginecológica que possa afetar a função sexual (incluindo vaginite, endometriose, dor pélvica crônica, neoplasias malignas, distopia do colo uterino, vaginismo, doenças sexualmente transmissíveis e alterações da anatomia pélvica)
- Gravidez
- História de diagnóstico psiquiátrico (depressão, transtorno de ansiedade, fobias e psicopatias) prévia ou concomitante à psoríase
- Diagnóstico de doenças reumáticas outras que cursem com artrite (artrite reumatoide, outras espondiloartrites, artrite microcristalina) que possam

ocasionar confusão ou dúvida quanto ao diagnóstico de possível artrite psoriásica.

- Diagnóstico de dermatoses crônicas como eczemas (dermatite de contato, atópica ou seborreica extensa), quadros eritrodérmicos, pitiríase rubra pilar, pruridos ou prurigos extensos e crônicos, erupções liquenoides, dermatobuloses, vitiligo, ictiose, alopecia areata extensa, colagenoses, acne acima do grau III.

4.6 AVALIAÇÃO DAS PACIENTES

As pacientes de ambos os grupos (Grupo Psoríase e Grupo CS) que preencheram os critérios de inclusão foram submetidas a uma avaliação, por meio de ficha clínica padronizada (Apêndice B) – que incluiu a coleta de dados de características gerais, avaliação clínica, e posteriormente, a aplicação dos questionários FSFI e SF-36 (Anexo B).

4.6.1 Características gerais

Na avaliação de ambos os grupos, foram coletados inicialmente dados de identificação da paciente e características gerais, tais como idade, etnia, estado civil e escolaridade.

4.6.1.1 Idade

Registro da idade em anos no momento da avaliação do estudo, com base na data de nascimento fornecida e conferida no prontuário da paciente.

4.6.1.2 Etnia

Pacientes foram questionadas sobre sua etnia e divididas em cor branca, negra, parda, amarela e indígena, conforme avaliação utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (62).

4.6.1.3 Estado civil

As pacientes foram classificadas, de acordo com a informação fornecida sobre o estado marital, em: casada, união estável, solteira, divorciada e viúva

4.6.1.4 Grau de instrução

As pacientes foram indagadas sobre o grau de instrução e classificadas como: “analfabeta”, “estudou por 1 a 7 anos”, “estudou por mais de 7 anos”.

4.6.2 Avaliação clínica

Na avaliação foi aplicada, inicialmente, uma ficha clínica em que se questionava sobre início dos primeiros sintomas na pele, tratamentos atuais e prévios, história patológica pregressa e tratamentos para outras condições mórbidas que não a própria psoríase / artrite psoriásica.

4.6.2.1 Dados da história clínica e exame físico

a) Manifestações clínicas

a.1) Duração dos sintomas

Registrou-se a duração (em anos) dos sintomas.

a.2) Tratamento

Foi observado se a paciente estava ou não em tratamento para psoríase, especificando-se, em caso afirmativo, droga em uso.

Registraram-se também tratamentos prévios.

b) História patológica pregressa

Registradas as informações fornecidas pelas pacientes com relação às condições mórbidas prévias e atuais, incluindo hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, dislipidemia e outras informadas no momento da avaliação inicial.

4.6.2.2 Exame dermatológico

As pacientes de ambos os grupos foram avaliadas quanto à presença de lesões psoriásicas, ou seja, presença de lesões com base eritematosa, espessas e descamativas e sua localização, conforme definição clássica da doença (12).

Também foi feita avaliação quanto à presença ou não de envolvimento ungueal, ou seja, ocorrência de lesões nas unhas incluindo depressões puntiformes irregulares, descoloração do leito ungueal “em manchas de óleo” e onicólise (14). Além disso, mudanças inflamatórias secundárias e menos específicas (14), como leuconíquia, espessamento ungueal e má formação distrófica da lâmina ungueal também foram buscadas.

As pacientes do Grupo Psoríase foram classificadas quanto à forma da psoríase em vulgar, *gutata*, palmoplantar, pustular, eritrodérmica e ungueal (15), bem como submetidas à avaliação quanto ao grau de envolvimento cutâneo.

Para a avaliação da extensão do envolvimento cutâneo, foi utilizado o PASI (Anexo C), padrão ouro para esse tipo de avaliação (19, 20).

As pacientes do Grupo CS foram avaliadas quanto à presença de outro diagnóstico dermatológico, que não a psoríase, e cuidadosamente examinadas para exclusão da possibilidade de psoríase / artrite psoriásica.

4.6.2.3 Avaliação reumatológica

Na presença de queixas específicas osteoarticulares, as pacientes foram encaminhadas também para reumatologista experiente, a fim de serem avaliadas quanto às manifestações articulares, como presença de dor/edema articular, dactilite, entesite, cervicalgia, lombalgia, diagnóstico de artrite psoriásica prévio ou de outras formas de artrite, presença de rigidez matinal maior que 1 hora, data do diagnóstico da doença e tipo de acometimento articular.

O exame clínico se baseou nas recomendações do GRAPPA (*Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis*) e do OMERACT (*Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials*), que estabelecem o conjunto de domínios a serem avaliados nos estudos clínicos da artrite psoriásica (3), e em seguida as pacientes foram classificadas conforme os critérios de Caspar (25).

Nos casos suspeitos de artrite psoriásica, foi realizada investigação laboratorial e radiológica, incluindo provas de atividade inflamatória, pesquisa de fator reumatoide (nefelometria), anticorpos antinúcleo (imunofluorescência direta), pesquisa de HLA-B27, sorologias virais quando pertinente (hepatite B, hepatite C e vírus da imunodeficiência adquirida), radiografia de mãos e punhos, radiografia de sacroilíacas e de outras possíveis articulações acometidas.

4.6.3 Avaliação da Função Sexual

A avaliação da função sexual foi realizada através da versão validada em português do FSFI (53, 56). (Anexo A)

4.6.4 Avaliação da qualidade de vida

A QVS foi avaliada através da versão validada em português do SF-36 (39). (Anexo B)

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva. As análises de associação entre as variáveis de interesse e os gráficos foram desenvolvidos no ambiente R versão 2.15.1 (*R Foundation for Statistical Computing*, Viena, Áustria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org/>).

Empregou-se o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov entre os dados do Grupo Psoríase e do Grupo CS, para as diversas variáveis analisadas, a fim de verificar se os dados da amostra apresentavam distribuição normal.

A análise de variáveis categóricas foi baseada no teste qui-quadrado de independência. O objetivo deste teste é avaliar se as variáveis são independentes. A estatística para esse teste tem sob hipótese nula, uma distribuição qui-quadrado. No entanto, esse é um resultado aproximado para grandes amostras, e deve-se tomar certos cuidados na sua aplicação. Um deles é garantir que todos os valores não sejam inferiores a cinco. Nos casos em que os dados das variáveis eram inferiores a 5, utilizou-se o p-valor simulado de Monte Carlo. Esse p-valor é calculado via simulação e não requer nenhuma condição *a priori*.

A associação entre variáveis quantitativas foi realizada de duas formas: a) através da categorização das variáveis, seguida pela análise pelo teste qui-quadrado ou pelo p-valor simulado de Monte Carlo; b) pelo cálculo do Coeficiente de correlação de Pearson, quando as variáveis mostraram distribuição normal bidimensional, ou pelo Coeficiente de Correlação dos Postos de Spearman, teste não paramétrico utilizado para os casos que não mostraram essa distribuição.

Na análise da diferença entre duas médias, utilizou-se o Coeficiente de Determinação (R^2) para quantificar o grau de dependência das variáveis analisadas. Foram utilizados também, o teste t de Student ou teste t pareado para as amostras de distribuição normal, considerando-se os valores de média e desvio-padrão. Nos casos em que a normalidade foi rejeitada, aplicou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon, levando-se em conta o valor de mediana e a amplitude interquartil.

Foi calculada a estimativa da razão de chances por ponto e por intervalo de 95% de confiança para avaliar a intensidade da associação entre duas variáveis.

Para cada um dos desfechos analisados, considerou-se tratar-se de um estudo do tipo caso-controle, comparando-se as médias obtidas em cada variável analisada entre os grupos de mulheres com psoríase ou controle, bem como pela presença ou ausência do desfecho em questão (disfunção sexual).

A representação gráfica incluiu gráficos de perfil por grupo, gráficos das médias observadas por grupo e tabelas de teste de análise de variância.

Em geral, a significância foi considerada em caso de $p < 0,05$.

4.8 PLANO AMOSTRAL

O cálculo amostral foi realizado inicialmente em um estudo piloto com 67 mulheres (47 psoríase e 20 controles). As variáveis obtidas com os índices de desejo do questionário FSFI foram avaliadas através do teste de Wilcoxon com 95% de confiança, obteve-se um poder de teste de 88% para um n de 150 mulheres, 95% para um n de 202 mulheres e 98% para um n de 270 mulheres, com diferença de um ponto, como representado no gráfico 1. Como as variáveis não seguiam uma distribuição normal, foi necessário estimar o poder do teste a partir de uma

abordagem não paramétrica, realizada através da estimação por métodos de Monte Carlo.

Nossa amostra de 150 pacientes foi por conveniência.

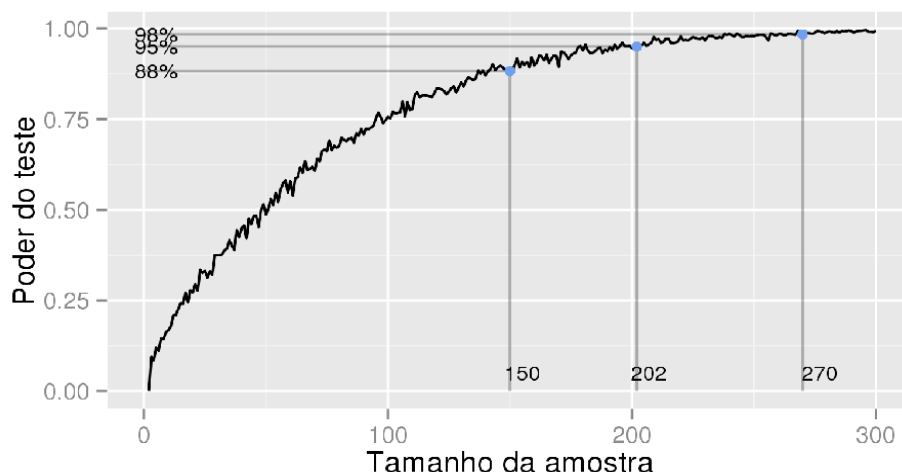


Gráfico 1 - Poder do teste de Wilcoxon (95% de confiança) para a variável desejo. Diferença média observada: 1,49. Diferença média avaliada: 1,00. Tipo de teste: unilateral.

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi realizada de acordo com as Normas Brasileiras para Pesquisas envolvendo Seres Humanos (1996) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Brasília sob o registro 010/2011 (Anexo D).

Todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa, após o devido esclarecimento verbal sobre seus objetivos e métodos, assinaram e dataram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), que também foi datado e assinado pelo pesquisador responsável. Uma cópia foi entregue ao paciente e outra cópia foi arquivada sob a responsabilidade do pesquisador.

Não houve subsídio financeiro de terceiros para esse trabalho.

Todos os exames laboratoriais e radiológicos realizados foram os mesmos exames de diagnóstico e avaliação rotineiramente solicitados para todos os pacientes com psoríase e suspeita de artrite psoriásica no Hospital Universitário de Brasília.

As pacientes portadoras exclusivamente de psoríase continuaram tendo acompanhamento no serviço de Dermatologia do HUB, e aquelas que receberam diagnóstico de doenças reumáticas bem como aquelas com diagnóstico indefinido tiveram seguimento na unidade de Reumatologia do HUB.

Aquelas cujo índice de função sexual feminino sugeriu disfunção foram orientadas quanto às possibilidades do quadro e encaminhadas, quando assim o desejaram, ao serviço de psicologia do Hospital Universitário de Brasília.

5 RESULTADOS



Les demoiselles d'Avignon, Pablo Picasso, 1907
Óleo em tela, 244 x 234 cm
Nova York, EUA, Museum of Modern Art

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL DOS PACIENTES (CONTROLE X PSORÍASE)

5.1.1 Tamanho da população

O tamanho amostral do estudo foi de 150 mulheres, sendo 75 do Grupo CS e 75 do Grupo Psoríase.

5.1.2 Idade

Os dois grupos contaram com uma amplitude de idades vasta, de 19 a 68 anos (Grupo CS) e de 19 a 69 anos (Grupo Psoríase). Além disso, ambos obtiveram uma idade média de aproximadamente 45 anos e um desvio-padrão de aproximadamente 12 anos. A Tabela 1 mostra as principais medidas resumo para a idade nos Grupos CS e Psoríase. A distribuição desses valores é praticamente simétrica, visto que os grupos foram pareados quanto a essa variável (Gráfico 2).

Tabela 1 - Medidas resumo para a idade dos indivíduos em anos (Grupo CS versus Grupo Psoríase).

Grupo de paciente	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	D.P.	C.V.
Controle	19,00	68,00	44,85	45,00	11,84	0,26
Psoríase	19,00	69,00	45,24	47,00	12,69	0,28

D.P. - Desvio Padrão; C.V. - Coeficiente de Variação.

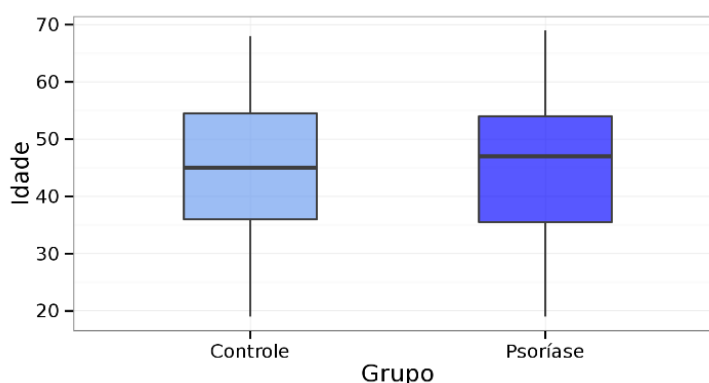


Gráfico 2 – Diagrama de caixas para a variável idade (Grupo CS *versus* Grupo Psoríase), mostrando distribuição semelhante entre os dois grupos em relação à mediana (45 anos no Grupo CS e 47 anos no Grupo Psoríase) e a diferença interquartil.

5.1.3 Grupo étnico

Todas as pacientes diagnosticadas com psoríase eram brancas ou pardas. O grupo controle contou também com mulheres negras e amarelas, no entanto, a grande maioria foi também de mulheres brancas ou pardas (92%). Não houve mulheres classificadas como indígenas. As frequências podem ser vistas na Tabela 2:

Tabela 2 - Distribuição conjunta (e porcentagens em relação aos grupos) das pacientes segundo o grupo étnico (Grupo CS *versus* Grupo Psoríase)

Grupo de Paciente	Grupo Étnico				Total
	Branca	Parda	Negra	Amarela	
Controle	44 (58,70%)	25 (33,30%)	1 (1,30%)	5 (6,70%)	75 (100,00%)
Psoríase	47 (62,70%)	28 (37,30%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	75 (100,00%)
Total	91 (60,67%)	53 (35,33%)	1 (0,67%)	5 (3,33%)	150 (100,00%)

5.1.4 Estado Civil

A distribuição das frequências do estado civil das mulheres dos dois grupos em questão está na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição conjunta (e porcentagens em relação aos grupos) das pacientes segundo o estado civil (Grupo CS *versus* Grupo Psoríase).

Grupo de paciente	Estado civil					Total
	Casada	União estável	Solteira	Divorciada	Viúva	
Controle	44 (58,67%)	8 (10,67%)	15 (20,00%)	7 (9,33%)	1 (1,33%)	75 (100,00%)
Psoríase	37 (49,33%)	6 (8,00%)	12 (16,00%)	19 (25,33%)	1 (1,33%)	75 (100,00%)
Total	81 (54,00%)	14 (9,33%)	27 (18,00%)	26 (17,33%)	2 (1,33%)	150 (100,00%)

Quase 70% das pacientes do Grupo CS eram casadas ou viviam em união estável com seus companheiros (69,33%). No Grupo Psoríase, a maioria também era casada. No entanto, a proporção de mulheres que não dividia a casa com seu companheiro (solteiras, divorciadas ou viúvas) foi maior (42,66%) entre as pacientes com psoríase / artrite psoriásica.

Convém destacar também que as idades para cada estado civil foram semelhantes para os dois grupos como mostra o Gráfico 3. A única divergência clara é que há uma concentração um pouco maior de solteiras no Grupo CS.

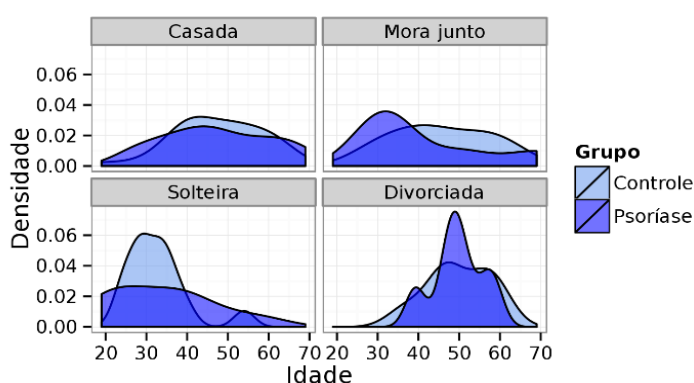


Gráfico 3 – Densidade empírica da idade segundo o estado civil (Grupo CS *versus* Grupo Psoríase).

5.1.5 Grau de instrução

A escolaridade das pacientes foi diferente para os Grupos CS e Psoríase, conforme demonstra o Gráfico 4. No Grupo CS predominaram mulheres com mais de sete anos de estudo, já no grupo de tratamento predominaram aquelas com um a sete anos de estudo. Apenas duas mulheres analfabetas participaram do estudo, ambas diagnosticadas com psoríase.

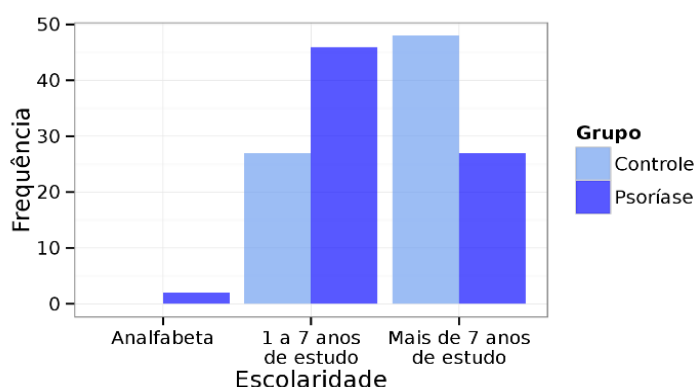


Gráfico 4 – Frequência da escolaridade das pacientes segundo o grupo (Grupo CS versus Grupo Psoríase).

5.1.6 Doenças prévias e comorbidades associadas

Das 75 pacientes com psoríase, 48 apresentavam comorbidades, 24 não reportavam presença de doenças na história patológica pregressa e 3 não tinham dados disponíveis. Dentre as comorbidades relatadas, 18 pacientes apresentavam hipertensão arterial sistêmica (24%), 14 *diabete mellitus* (18,6%) e 16 dislipidemia (21,3%).

Em relação às queixas das pacientes captadas no Grupo CS, 32 (42,6%) das 75 mulheres eram acompanhantes de pacientes ou foram para consulta de revisão, não apresentando queixas ou lesões cutâneas. Oito mulheres (10,6%) referiam queda de cabelo por eflúvio telógeno relacionado a estresse ou alopecia androgenética, 10 (13,3%) queixavam-se de ríides e as 33,5% restantes dividiam-se em eczema de contato por brinco, xerodermia, oleosidade da pele, nevus e tumores cutâneos, melasma leve, acne grau I e onicomicose confirmada por exame micológico.

5.1.7 Tipo de psoríase

Sessenta e nove pacientes apresentavam a forma vulgar, 4 a palmoplantar, 1 psoríase *gutata* e 1 a forma eritrodérmica. Não foram encontradas pacientes com psoríase pustulosa.

5.1.8 Grau de extensão do envolvimento cutâneo

Entre as pacientes do Grupo Psoríase, os valores de PASI variaram de 0 a 21,4, sendo a mediana 3,6.

O gráfico a seguir apresenta o diagrama de caixas para a extensão da psoríase nas 75 mulheres diagnosticadas com essa enfermidade.

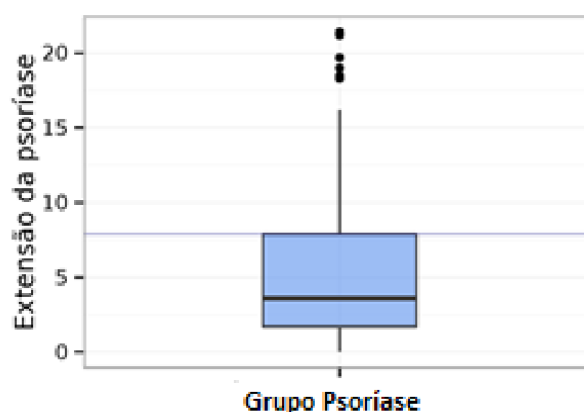


Gráfico 5 – Diagrama de caixas para a extensão da psoríase no Grupo Psoríase.

Setenta e cinco por cento (n=56) das pacientes do Grupo Psoríase apresentavam a extensão da psoríase menor do que 7,90. Quatorze mulheres possuíam PASI maior que 10, e dessas, seis apresentavam valores maior que 18.

Das 14 mulheres com extensão da psoríase maior que 10:

- Doze eram brancas e duas pardas;

- Oito eram casadas, uma vivia em união estável com o companheiro, quatro eram solteiras e uma divorciada;
- Uma paciente era analfabeta, seis tinham de 1 a 7 anos de estudo e sete tinham mais de 7 anos de estudo.

5.1.9 Tempo de evolução da psoríase

As medidas resumo para o Grupo Psoríase para o tempo de evolução da psoríase (em anos) estão na Tabela 4.

Tabela 4 - Medidas resumo para o tempo de evolução da psoríase em anos no Grupo Psoríase.

Mínimo	Máximo	Média	Mediana	D.P.	C.V.
0,25	50,00	16,05	14,00	11,79	0,73

D.P. - Desvio Padrão; C.V. - Coeficiente de Variação.

A amplitude de valores foi grande, indo de três meses a 50 anos. Consequentemente, esperava-se que o tempo de evolução da psoríase fosse bem heterogêneo, o que foi confirmado pelo alto coeficiente de variação (0,73).

O Gráfico 6 ilustra a distribuição do tempo de evolução da doença. A mediana foi de 14 anos, sendo que um quarto das pacientes apresenta um tempo de evolução da psoríase maior que 23 anos.

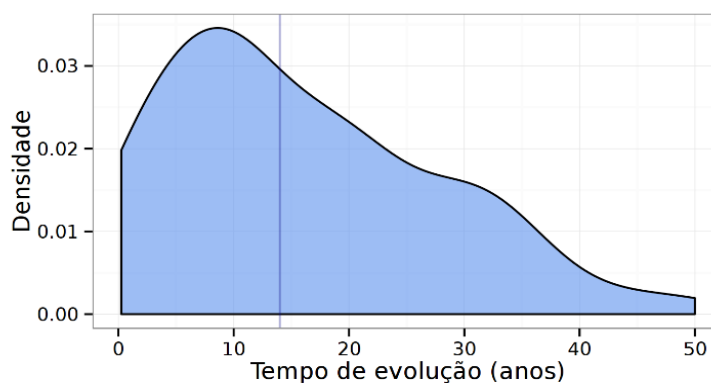


Gráfico 6 - Distribuição empírica do tempo de evolução da psoríase no Grupo Psoríase.

A correlação entre as variáveis extensão da psoríase e seu tempo de evolução foi avaliada através do coeficiente de Spearman. O seu valor foi de -0,1 e o p-valor do teste foi de 0,393. O gráfico 7 corrobora com a estatística calculada, mostrando que o tempo de evolução é bastante disperso, mesmo para pacientes com maior extensão da psoríase.

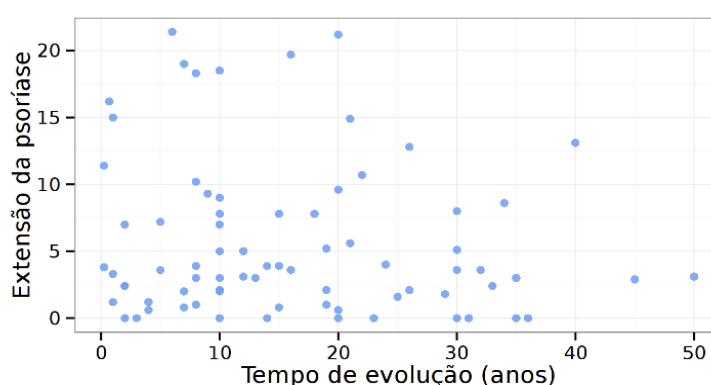


Gráfico 7 – Dispersão do tempo de evolução *versus* a extensão da doença no Grupo Psoríase.

5.1.10 Envolvimento ungueal

Vinte e cinco pacientes (33,3%) apresentavam envolvimento ungueal.

5.1.11 Tratamento empregado para psoríase

Sete pacientes (9%) apresentavam quadro estável, seguindo apenas em acompanhamento. Trinta e nove (52%) estavam em tratamento tópico (corticoide isolado ou associado a ácido salicílico ou a calcipotriol, coaltar em vaselina ou creme) e 29 (39%) em tratamento sistêmico. Dentre os tratamentos sistêmicos, 15 utilizavam metotrexate, 8 acitretin e 6 faziam uso de drogas modificadoras do curso

da doença biológicas (Infliximabe , Adalimumabe ou Etanercepte). Não houve pacientes em uso de ciclosporina (Gráfico 8).

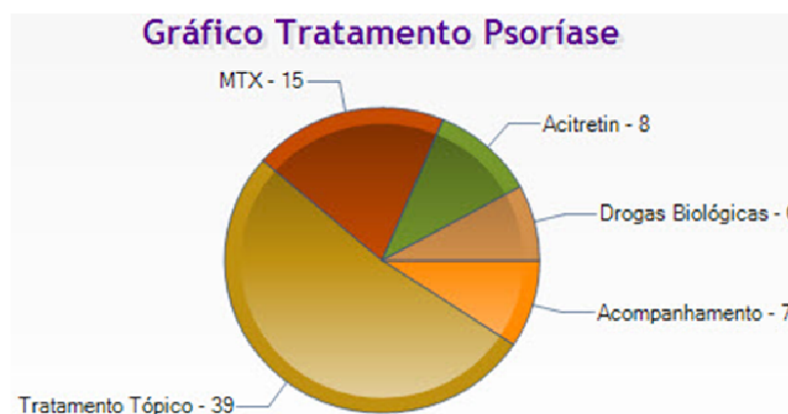


Gráfico 8 – Distribuição do Grupo Psoríase, conforme tratamento

5.1.12 Avaliação reumatológica

Das 75 pacientes com diagnóstico de psoríase, 44 (58,6%) apresentavam queixas articulares e foram encaminhadas para avaliação de reumatologista (mesmo avaliador experiente). Dessas 44 pacientes avaliadas, 15 (34%) tiveram o diagnóstico de fibromialgia, 9 (20%) artrite psoriásica e somente 2 (4,5%) apresentavam também osteoartrite. Em 9 (20%) pacientes não foi observada nenhuma doença reumática associada e 9 (20%) apresentaram artralguas não especificadas. As frequências dos diagnósticos de doenças ou condições reumáticas concomitantes à psoríase podem ser vistas no Gráfico 8.

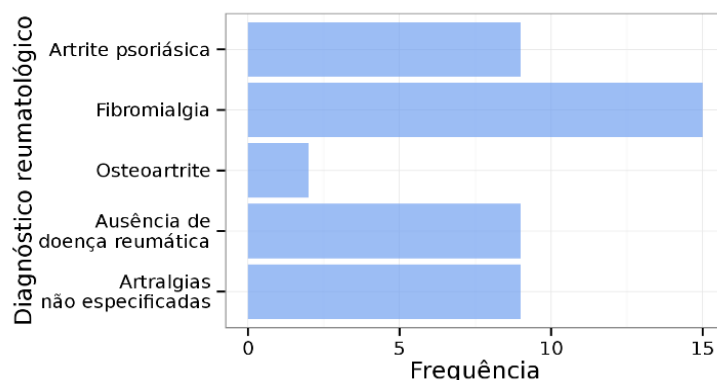


Gráfico 9 – Frequências do diagnóstico de doenças ou condições reumáticas associadas, conforme avaliação por reumatologista, no Grupo Psoríase

5.2 ÍNDICES (ESCORES) DE QUALIDADE DE VIDA (SF-36)

Os índices (escores) de QVS foram calculados a partir da aplicação do questionário SF-36 (Anexo B). Foram avaliados 8 domínios, 4 do componente mental (saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade) e 4 do componente físico (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde), sendo que o escore para cada um dos domínios poderia variar de 0 a 100, onde 0 é o pior estado e 100 o melhor. A Tabela 5 ilustra as medidas resumo para os índices segundo os dois grupos de paciente (Grupo CS e Grupo Psoríase). Em geral, todos os índices para o Grupo Psoríase são menores que os do Grupo CS.

Houve diferença significativa em relação à mediana e diferença interquartil entre os dois grupos (Grupo CS *versus* Grupo Psoríase) para os índices: limitação física, limitação emocional e saúde mental. Para eles, a mediana do Grupo CS foi maior que a do Grupo Psoríase, com 95% de confiança. Para os outros domínios, não houve evidências de diferença nas medianas.

Tabela 5 - Medidas resumo para os índices de qualidade de vida (escores dos domínios do questionário SF-36) e p-valores para as diferenças de médias, nos Grupos CS e Psoríase.

Domínio do Questionário SF-36	Grupo de paciente	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	D.P.	C.V.	p-valor (Teste de Wilcoxon)
Capacidade funcional	Controle	15,00	100,00	80,33	85,00	19,95	24,84%	0,543
	Psoríase	5,00	100,00	78,73	85,00	24,48	31,09%	
Limitação física	Controle	0,00	100,00	72,33	100,00	39,11	54,07%	<0,001*
	Psoríase	0,00	100,00	45,00	25,00	47,22	104,93%	
Dor	Controle	10,00	100,00	63,80	62,00	24,40	38,24%	0,369
	Psoríase	0,00	100,00	62,25	62,00	29,62	47,58%	
Saúde	Controle	20,00	100,00	70,33	72,00	19,93	28,34%	0,074
	Psoríase	0,00	100,00	62,75	67,00	27,25	43,43%	
Vitalidade	Controle	5,00	100,00	61,33	65,00	19,00	30,98%	0,147
	Psoríase	0,00	100,00	55,66	55,00	28,50	51,20%	
Aspectos sociais	Controle	37,50	100,00	75,33	75,00	20,95	27,81%	0,289
	Psoríase	0,00	100,00	69,16	75,00	32,25	46,63%	
Limitação emocional	Controle	0,00	100,00	67,57	100,00	39,00	57,72%	0,006*
	Psoríase	0,00	100,00	47,55	33,30	47,82	100,57%	
Saúde mental	Controle	28,00	100,00	69,33	68,00	16,47	23,76%	0,039*
	Psoríase	0,00	100,00	59,62	60,00	27,99	46,95%	

D.P. - Desvio Padrão; C.V. - Coeficiente de Variação.

* p valores significativos (< 0,05)

O Gráfico 9 mostra a distribuição de cada índice (escore de cada um dos domínios dos componentes físico e mental) conforme o grupo do paciente (Grupo CS *versus* Grupo Psoríase). É possível perceber que os índices (escores) se distribuem de maneira bastante similar em cada grupo, exceto aqueles que mensuram a saúde mental e as limitações física e emocional. Nestes, observa-se um discreto predomínio de valores mais baixos no Grupo Psoríase.

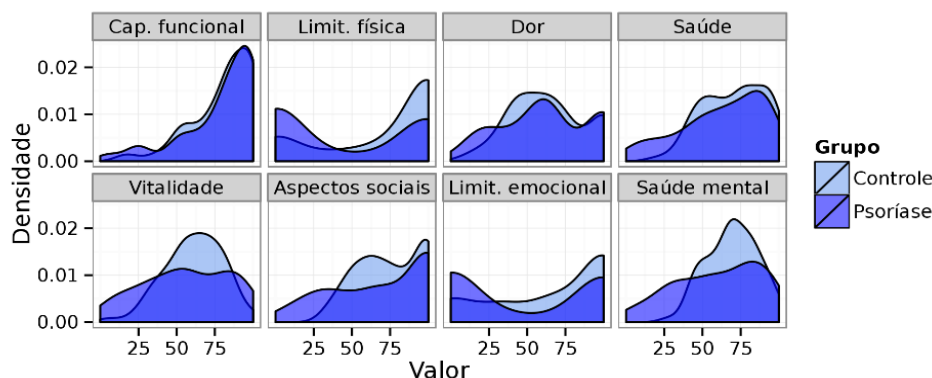


Gráfico 10 – Distribuição dos índices de qualidade de vida (densidade dos escores dos domínios do questionário SF-36) nos Grupos CS e Psoríase

5.3 DISFUNÇÃO SEXUAL (FSFI)

A ocorrência de disfunção sexual foi verificada através da aplicação do questionário FSFI (Anexo A), avaliando-se os 5 domínios através dos 6 índices analisados por este instrumento: desejo; excitação; lubrificação; orgasmo; satisfação e dor.

A soma desses índices foi calculada (índice global do FSFI), e o valor menor ou igual a 26 indicou risco de disfunção sexual na mulher.

Quarenta e quatro (58,6%) pacientes (Grupo Psoríase) apresentaram o índice global de FSFI menor ou igual a 26, mostrando risco de disfunção sexual. É importante ressaltar que destas, 28 pacientes (37,3% da população total) estava sem atividade sexual há pelo menos 1 mês.

Vinte e nove (38,7%) voluntárias (Grupo CS) apresentaram índice de FSFI menor ou igual a 26, mostrando risco de disfunção sexual; 8 (10,66% da população total) estavam sem atividade sexual há pelo menos 1 mês.

Em uma primeira avaliação, as mulheres que não haviam relatado atividade sexual no último mês, tanto do Grupo CS quanto Psoríase, foram descartadas da análise da disfunção sexual, segundo o índice global do FSFI, e da avaliação separada dos 6 índices (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor). Dessa forma, 36

mulheres foram excluídas do estudo, restando 67 mulheres no Grupo CS e 47 no Grupo Psoríase.

A Tabela 6 mostra a distribuição das pacientes segundo o risco ou não de disfunção sexual (índice global do FSFI menor ou igual a 26) e segundo o Grupo CS ou Psoríase, considerando apenas as mulheres sexualmente ativas nos 30 dias anteriores à aplicação do questionário.

Tabela 6 - Distribuição conjunta (e porcentagens em relação à coluna) das pacientes segundo a apresentação ou não de risco de disfunção sexual, nos Grupos CS e Psoríase, considerando apenas mulheres sexualmente ativas nos 30 dias anteriores à aplicação do questionário.

Disfunção sexual	Grupo de paciente		Total	Razão de Chances
	CS	Psoríase		
Não	46 (68,70%)	31 (66,00%)	77 (67,54%)	1,13
Sim	21 (31,30%)	16 (34,00%)	37 (32,46%)	
Total	67 (100,00%)	47 (100,00%)	114 (100,00%)	

Intervalo de confiança 95%: 0,51 a 2,49

A partir dessa tabela podemos observar que, considerando os dois grupos (Grupo CS ou Psoríase) de forma conjunta, 67,54% das pesquisadas não apresentaram disfunção sexual. As frequências de ausência / presença de risco de disfunção sexual no Grupo CS (68,70% e 31,30%) e no Grupo Psoríase (66,00% e 34,00%) foram próximas dos valores de referência (67,54% e 32,46%). Esses resultados indicaram uma independência entre as duas variáveis, ou seja, a disfunção sexual não foi maior (nem menor) para as pacientes diagnosticadas com psoríase. Isso foi comprovando pelo teste qui-quadrado de independência, que apresentou um p-valor de 0,762 (estatística do teste foi de 0,092).

A razão de chances estimada para a Tabela 6 foi de 1,13, de forma que a chance de disfunção sexual para os pacientes diagnosticados com psoríase foi 13% maior que o do grupo controle. No entanto, o intervalo com 95% de confiança para a razão de chances foi de 0,51 e 2,49, não havendo assim evidências a 95% de confiança de que a chance de disfunção sexual fosse diferente entre os dois grupos de pacientes. Conforme considerado anteriormente, essa primeira análise foi realizada excluindo-se as pacientes que não haviam apresentado atividade sexual nos últimos 30 dias.

Entretanto, quando incluímos na análise todas as pacientes e controles, incluindo aqui aquelas sem atividade sexual no último mês, como parte do grupo com disfunção sexual, observamos uma mudança no padrão dos resultados. A Tabela 7 ilustra a distribuição das pacientes segundo o risco ou não de disfunção sexual, nos Grupos CS e Psoríase, considerando tanto as mulheres sexualmente ativas quanto inativas nos 30 dias anteriores à aplicação do questionário.

Tabela 7 - Distribuição conjunta (e porcentagens em relação à coluna) das pacientes segundo o risco ou não de Disfunção Sexual, nos Grupos CS e Psoríase, considerando tanto as mulheres sexualmente ativas quanto inativas, nos 30 dias anteriores à aplicação do questionário.

Disfunção sexual	Grupo de pacientes		Total	p-valor (teste qui-quadrado)
	Controle	Psoríase		
Não	46 (61,30%)	31 (41,30%)	77 (51,33%)	0,014
Sim	29 (38,70%)	44 (58,70%)	73 (48,67%)	
Total	75 (100,00%)	75 (100,00%)	150 (100,00%)	

Índice de confiança de 95%

O teste do qui-quadrado baseado na tabela 7 mostrou um p-valor igual a 0,014 (estatística do teste foi de 6,004), mostrando uma tendência estatisticamente maior dos pacientes de psoríase de apresentarem disfunção sexual.

A análise da associação do diagnóstico de psoríase / artrite psoriásica com cada um dos seis índices avaliados pelo FSFI (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) separadamente foi realizada a partir da categorização dos valores dos índices.

O índice *desejo*, com variação de 1,2 a 6, foi categorizado do seguinte modo:

- Muito insatisfeita → Índice de 1,2 a 2;
- Moderadamente insatisfeita → Índice de 2 a 3;
- Quase igualmente insatisfeita e satisfeita → Índice de 3 a 4;
- Moderadamente satisfeita → Índice de 4 a 5;
- Muito satisfeita → Índice de 5 a 6.

Os índices *excitação*, *lubrificação*, *orgasmo*, *satisfação* e *dor* apresentavam variação possível de 1 a 6, e foram categorizados como segue:

- Muito insatisfeita → Índice de 1 a 2;
- Moderadamente insatisfeita → Índice de 2 a 3;
- Quase igualmente insatisfeita e satisfeita → Índice de 3 a 4;
- Moderadamente satisfeita → Índice de 4 a 5;
- Muito satisfeita → Índice de 5 a 6.

A Tabela 8 mostra de forma resumida as frequências de cada categoria dos índices em questão, bem como o p-valor dos testes qui-quadrado de independência em relação aos grupos de estudo.

Tabela 8 - Frequências das categorias dos índices de função sexual, segundo o grupo de paciente e p-valores dos testes qui-quadrado de independência entre os índices e os grupos (Grupo CS versus Grupo Psoríase).

Domínio do questionário FSFI	Grupo de paciente	Índices categorizados					p-valor (p-valor simulado de Monte Carlo)
		1	2	3	4	5	
Desejo	Controle	5	16	20	17	9	0,005*
	Psoríase	10	13	3	17	4	
Excitação	Controle	3	7	11	22	24	0,298
	Psoríase	1	9	12	9	16	
Lubrificação	Controle	4	3	10	15	35	0,857
	Psoríase	2	3	7	7	28	
Orgasmo	Controle	3	1	16	13	34	0,061
	Psoríase	3	3	3	7	31	
Satisfação	Controle	3	3	4	10	47	0,285
	Psoríase	2	2	9	4	30	
Dor	Controle	3	2	10	11	41	0,414
	Psoríase	0	1	5	5	36	

Categorias: 1 - Muito Insatisfeita; 2 - Moderadamente Insatisfeita; 3 - Quase igualmente Insatisfeita e Satisfeita; 4 - Moderadamente Satisfeita; 5 - Muito Satisfeita.

* p valor significativo (<0,05)

O domínio desejo foi significativamente diferente considerando-se o Grupo CS e o Grupo Psoríase (p=0,005).

5.4 DISFUNÇÃO SEXUAL E CORRELAÇÃO COM OS FATORES EPIDEMIOLÓGICOS (IDADE, ESTADO CIVIL, GRAU DE INSTRUÇÃO)

As medidas resumo para as idades das pacientes do estudo segundo a apresentação ou não de disfunção sexual estão apresentadas na Tabela 9.

Tabela 9 - Medidas resumo para a idade das pacientes em anos segundo a presença ou não de disfunção sexual, considerando tanto o Grupo CS quanto Grupo Psoríase.

Disfunção sexual	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	D.P.	C.V.
Não	20,00	69,00	42,13	40,00	11,88	0,28
Sim	19,00	69,00	45,70	47,00	11,67	0,26

D.P. - Desvio Padrão; C.V. - Coeficiente de Variação.

A amplitude nos dois grupos foi praticamente a mesma, bem como a variabilidade. A média de idade das mulheres com disfunção sexual foi três anos superior a daquelas que não apresentam disfunção, não havendo diferença estatística entre os grupos.

O diagrama de caixas representado no Gráfico 11, e também as medidas resumo da Tabela 9 demonstram que não há uma associação forte entre as duas variáveis (disfunção sexual e idade), apesar de sugerirem idades mais elevadas para o grupo com disfunção sexual.

A medida de associação R^2 foi de 0,01 e o teste t de Student para a diferença de médias não foi significativo (p -valor = 0,066). Dessa forma, conclui-se que não houve evidências de diferença nas médias das idades dos dois grupos com 95% de confiança.

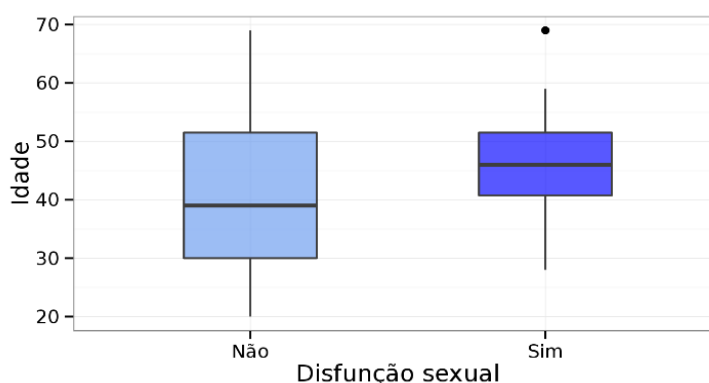


Gráfico 11 – Diagrama de caixas para a idade das mulheres segundo a apresentação ou não de disfunção sexual (Grupo CS e Grupo Psoríase) – Teste t de Student para diferença das médias: $p=0,066$

O grau de instrução também não apresentou associação com a ocorrência ou não de disfunção sexual entre as mulheres avaliadas. O p-valor do teste qui-quadrado de independência foi de 0,861. A Tabela 10 mostra a distribuição dessas duas variáveis (ocorrência de disfunção sexual e grau de instrução). A categoria *analfabeta* foi excluída a fim de não comprometer a qualidade do teste, já que havia apenas 2 pacientes completamente sem instrução nos grupos avaliados.

Tabela 10 - Distribuição conjunta (e porcentagens em relação à coluna) das pacientes segundo a presença de disfunção sexual e a escolaridade (Grupo CS e Grupo Psoríase).

Disfunção sexual	Escolaridade		Total
	1 a 7 anos de estudo	> 7 anos de estudo	
Não	35 (47,94%)	42 (56,00%)	77 (52,02%)
Sim	38 (52,05%)	33 (44,00%)	41 (27,70%)
Total	73 (100,00%)	75 (100,00%)	148 (100,00%)

$\chi^2 = 0,030$; p-valor = 0,861.

Para efeito de tese, o estado civil das pacientes foi agrupado em duas categorias: as que moram com o companheiro (casadas e que vivem em união estável) e as que não moram com o companheiro (solteiras e divorciadas).

A Tabela 11 sumariza a distribuição conjunta entre as duas variáveis de interesse (estado civil e disfunção sexual). O teste qui-quadrado não foi significativo (p-valor = 0,815), não havendo assim evidências de associação entre as duas variáveis.

Tabela 11 - Distribuição conjunta (e porcentagens em relação à coluna) das pacientes segundo a presença de disfunção sexual e o estado civil (Grupo CS e Grupo Psoríase) .

Disfunção sexual	Moram com o companheiro		Total
	Sim	Não	
Não	52 (55,32%)	25 (44,64%)	77 (51,33%)
Sim	42 (44,68%)	31 (55,35%)	73 (48,66%)
Total	94 (100,00%)	56 (100,00%)	150 (100,00%)

$\chi^2 = 0,030$; p-valor = 0,815.

5.5 DISFUNÇÃO SEXUAL E TEMPO DE EVOLUÇÃO DA PSORÍASE

As medidas resumo para os tempos de evolução da psoríase, segundo a apresentação ou não de disfunção sexual estão contidas na Tabela 12.

Tabela 12 - Medidas resumo para o tempo de evolução da psoríase em anos segundo a presença ou não de disfunção sexual (Grupo Psoríase).

Disfunção sexual	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	D.P.	C.V.
Não	0,25	50,00	15,58	15,00	11,55	0,74
Sim	1,00	40,00	14,25	9,00	12,93	0,91

D.P. - Desvio Padrão; C.V. - Coeficiente de Variação.

O grupo que apresentava disfunção sexual demonstrou uma maior variabilidade do tempo de evolução da doença (coeficiente de variância igual a 0,91). A paciente com tempo de evolução da psoríase de 50 anos não apresentava disfunção sexual. As demais estatísticas nos dois grupos (presença ou ausência de disfunção sexual) foram bastante semelhantes. Porém a distribuição da variável tempo de evolução da psoríase apresentada no Gráfico 12 mostrou uma concentração maior nos tempos menores (menor tempo de diagnóstico) entre aquelas que apresentaram disfunção sexual.

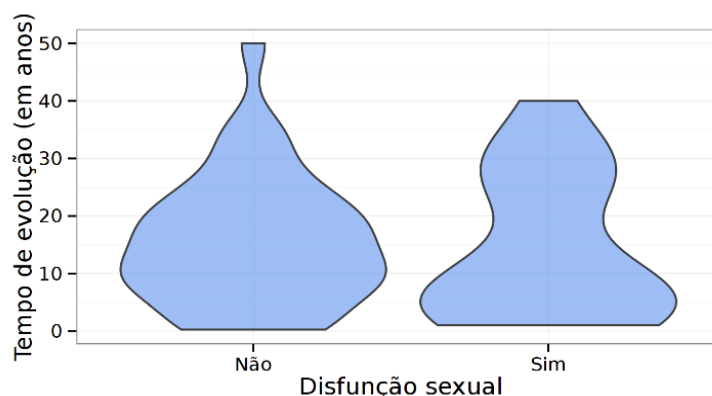


Gráfico 12 – Distribuição do tempo de evolução da psoríase segundo a apresentação ou não de disfunção sexual (Grupo Psoríase).

Não houve evidências de associação entre as duas variáveis. O cálculo da medida de associação R^2 foi de 0,0007, de modo que apenas 0,07% da variabilidade do tempo de evolução da psoríase pode ser explicada pela apresentação ou não de disfunção sexual.

Por fim, o teste de Wilcoxon mostrou um p-valor de 0,693, rejeitando evidências de que as medianas dos dois grupos sejam estatisticamente diferentes entre si.

5.6 DISFUNÇÃO SEXUAL E DIAGNÓSTICO DE DOENÇA REUMÁTICA

Quarenta e quatro das 75 pacientes com psoríase apresentavam dados a respeito da avaliação por reumatologista. A Tabela 13 contém as frequências e porcentagens do diagnóstico de doença ou condição reumática, segundo a apresentação ou não de disfunção sexual. O p-valor simulado de Monte Carlo comprovou independência das duas variáveis (p-valor = 0,95), não havendo relação estatisticamente significativa entre o diagnóstico de doença reumática e a disfunção sexual. Apesar disso, a média do FSFI total das mulheres com fibromialgia (média 15,4) foi inferior a das mulheres com outras condições reumáticas e a do Grupo CS.

Tabela 13 - Frequências e porcentagens do diagnóstico de doença ou condição reumática entre as pacientes portadoras de psoríase segundo a apresentação de disfunção sexual.

Diagnóstico de doença ou condição reumática	Disfunção sexual	
	Sim	Não
Psoríase isolada (ausência de diagnóstico de doença reumática associada)	4 (9,09%)	5 (11,36%)
Osteoartrite	1 (2,27%)	1 (2,27%)
Fibromialgia	11 (25,00%)	4 (9,09%)
Artrite psoriásica	5 (11,36%)	4 (9,09%)
Artralgia não especificada	6 (13,63%)	3 (6,82%)

$\chi^2 = 4,09$; p-valor = 0,95 (p-valor simulado de Monte Carlo)

5.7 CORRELAÇÃO ENTRE A DISFUNÇÃO SEXUAL E A EXTENSÃO DA PSORÍASE (PASI)

A Tabela 14 sumariza as medidas de extensão da psoríase nos dois grupos (pacientes com e sem disfunção sexual). Em ambos os grupos, observou-se elevada variabilidade de valores de PASI, e nas mulheres com disfunção sexual observou-se, em geral, extensões de acometimento cutâneo menores do que aquelas que não apresentaram disfunção.

Tabela 14 - Medidas resumo para a extensão da psoríase segundo a apresentação ou não de disfunção sexual (Grupo Psoríase).

Disfunção sexual	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	D.P.	C.V.
Não	0,00	21,40	7,38	4,00	6,53	0,88
Sim	0,00	13,10	3,91	2,10	4,02	1,03

D.P - Desvio Padrão; C.V. - Coeficiente de Variação.

O diagrama de caixas no Gráfico 13 ilustra as distribuições para os dois grupos. O R^2 calculado foi de 0,05, de forma que 5% da variabilidade da extensão da psoríase pode ser explicada pela apresentação ou não de disfunção sexual.

O teste de Wilcoxon rejeitou a hipótese de igualdade das medianas (p-valor = 0,040) em favor da alternativa de que elas eram diferentes. No entanto, a proximidade

desse p-valor com o valor de referência (0,05) pode ser devido à alta variabilidade das medidas dentro dos grupos, de forma que essa diferença apontada pode ser questionada.

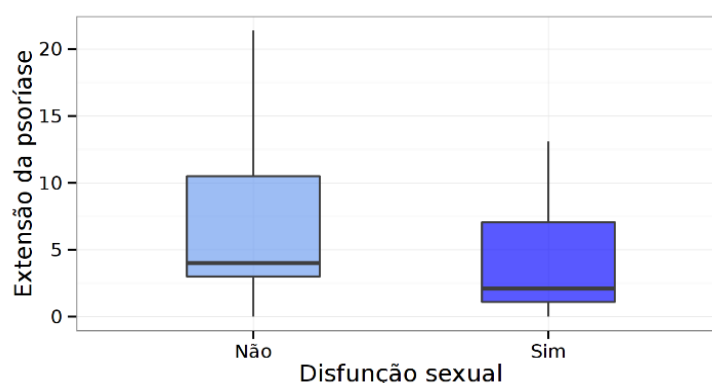


Gráfico 13 – Extensão da psoríase segundo a apresentação ou não de disfunção sexual (Grupo Psoríase).

5.8 EXTENSÃO DA PSORÍASE E QUALIDADE DE VIDA

As medidas da análise de correlação da extensão da psoríase com os índices de QVS (escores dos domínios dos componentes físicos e mental do questionário SF-36), com base no coeficiente de Spearman, estão resumidas na Tabela 15.

Vale notar que todos os índices (exceto *limitação emocional*) tiveram uma baixa correlação negativa com a extensão da doença. Porém, o teste de correlação não foi estatisticamente significativo para nenhum dos índices (p-valores > 0,05).

Tabela 15 - Coeficientes de correlação de Spearman entre os índices de qualidade de vida e a extensão da psoríase assim como os p-valores dos testes para correlação = 0.

Qualidade de vida	Coeficiente de correlação	p-valor (Coeficiente correlação Spearman)
Capacidade funcional	-0,152	0,192
Limitação física	-0,114	0,331
Dor	-0,196	0,092
Saúde	-0,148	0,204
Vitalidade	-0,21	0,07
Aspectos sociais	-0,188	0,107
Limitação emocional	0,062	0,595
Saúde mental	-0,095	0,418

5.9 CORRELAÇÃO ENTRE DISFUNÇÃO SEXUAL E OS DOMÍNIOS DETERMINADOS PELO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (SF-36)

A Tabela 16 ilustra as medidas resumo para os índices (escores) de qualidade de vida, avaliando os domínios do componente físico e mental do questionário SF-36 nos dois grupos de pacientes (Grupo CS e Grupo Psoríase). De forma geral, todos os índices (escores) são inferiores entre as mulheres que apresentam disfunção sexual, em relação àquelas que não apresentam.

Houve diferença significativa para os índices: *saúde*, *vitalidade*, *aspectos sociais* e *saúde mental*. O Gráfico 14 mostra a comparação das distribuições dos índices (escores) de QVS entre as mulheres com e sem disfunção sexual.

Tabela 16 - Medidas resumo para os índices (escores) de qualidade de vida, avaliados pelo questionário do SF-36, segundo a apresentação ou não de disfunção sexual, e p-valores para as diferenças entre as médias (Grupo CS e Grupo Psoríase).

Qualidade de vida	Disfunção sexual	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	D.P.	C.V.	p-valor (teste de Wilcoxon)
Capacidade funcional	Não	5,00	100,00	81,25	85,00	20,94	0,25	0,092
	Sim	25,00	100,00	76,21	80,00	22,55	0,29	
Limitação física	Não	0,00	100,00	67,53	100,00	42,74	0,63	0,044
	Sim	0,00	100,00	52,02	50,00	45,40	0,87	
Dor	Não	0,00	100,00	66,14	64,00	27,53	0,41	0,058
	Sim	10,00	100,00	58,18	61,00	26,04	0,44	
Saúde	Não	0,00	100,00	71,15	72,00	23,60	0,33	0,013*
	Sim	10,00	97,00	62,06	60,00	23,34	0,37	
Vitalidade	Não	0,00	100,00	61,49	65,00	22,11	0,35	0,011*
	Sim	5,00	100,00	51,75	50,00	23,72	0,45	
Aspectos sociais	Não	12,50	100,00	75,97	75,00	24,98	0,32	0,040*
	Sim	25,00	100,00	68,24	62,50	23,67	0,34	
Limitação emocional	Não	0,00	100,00	64,93	100,00	42,19	0,64	0,056
	Sim	0,00	100,00	49,99	33,30	44,72	0,89	
Saúde mental	Não	0,00	100,00	70,02	76,00	21,57	0,30	0,001*
	Sim	8,00	96,00	57,72	60,00	22,87	0,39	

D.P. - Desvio Padrão; C.V. - Coeficiente de Variação.

* p valores significativos ($< 0,05$)

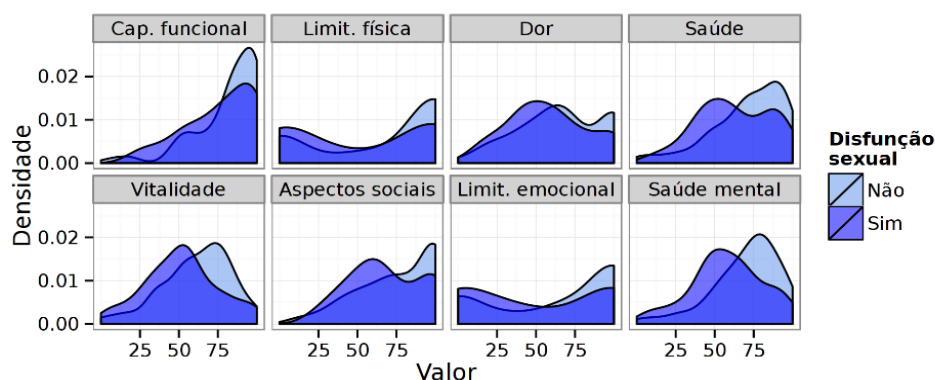


Gráfico 14 – Distribuição dos índices (escores) de qualidade de vida, segundo questionário SF-36, para mulheres com e sem disfunção sexual (Grupo CS e Psoríase).

6 DISCUSSÃO



O beijo, Auguste Rodin, 1888
Mármore, 181,5 x 112,3 cm
Paris, França, Musée Rodin

6 DISCUSSÃO

A psoríase é uma dermatose comum que atinge 1-3% da população mundial, sendo igualmente distribuída em ambos os sexos (17). Embora não existam até o momento estudos sobre sua prevalência no Brasil (3), estima-se que cerca de 2% de seus habitantes sejam acometidos pela doença (63).

A artrite psoriásica, apesar de apresentar prevalências baixas na população geral, pode chegar a acometer 35% dos pacientes com psoríase (3), associando ao componente cutâneo, deformidades e limitações funcionais, influenciando no impacto negativo que o quadro causa no bem-estar físico, emocional e social do indivíduo (64).

Por serem quadros muitas vezes estigmatizante, informações sobre a QVS destes pacientes têm importância fundamental, tanto para a relação médico-paciente, para a determinação do tratamento, quanto para o desenvolvimento de políticas de ações em saúde (65).

6.1 PERFIL DAS POPULAÇÕES ESTUDADAS

Esse é o primeiro estudo realizado na população brasileira com o objetivo de avaliar a ocorrência de disfunção sexual nas pacientes com psoríase e artrite psoriásica. O enfoque no sexo feminino foi determinado por dados da literatura que mostram que as mulheres tendem a apresentar maiores alterações nos questionários de QVS que os homens, provavelmente pela maior interferência que o estresse e as preocupações causam em suas vidas (26, 61).

Meeuwis *et al* observaram, comparando populações saudáveis e com psoríase de ambos os sexos, que a disfunção sexual e o estresse causado por essa doença são proeminentes em 40% das mulheres com psoríase. As razões para a menor atividade sexual após a abertura do quadro incluem sentimentos de vergonha e embaraço quanto ao aspecto físico, descamação da pele e terapia tópica, bem como diminuição do desejo sexual. Em contraste, os grupos de homens estudados não

mostraram diferenças significativas em relação à função sexual. A diferença entre os gêneros foi explicada pelos autores pelo fato dos homens serem menos abertos em relação a seus problemas sexuais, resultando em falsos índices normais; à maior sensibilidade das mulheres quanto a sua saúde e aparência física; e pelas diferenças do desejo sexual entre homens com psoríase e suas parceiras e mulheres com psoríase e seus parceiros, levando os homens a se preocuparem menos com suas vidas sexuais (61).

Considerando o perfil epidemiológico das populações estudadas, Grupo CS e Psoríase, observamos que a média da idade e as porcentagens dos grupos étnicos foram semelhantes nos dois grupos. Entretanto, obtivemos uma proporção maior de mulheres que não dividiam a casa com seu companheiro e um menor grau de escolaridade nas pacientes com psoríase quando comparadas com o Grupo CS. Vale destacar que avaliando a relação dessas variáveis epidemiológicas com a disfunção sexual nos dois grupos em conjunto, a média da idade das mulheres com disfunção foi cerca de 3 anos superior a das mulheres que não apresentaram alteração. Porém não foi observada associação estatisticamente significativa entre a disfunção sexual e nenhuma destas variáveis.

Na literatura, não há consenso sobre a relação da função sexual com a idade e com o estado civil. Alguns estudos sugerem que a disfunção sexual pode ser mais significativa em pacientes mais velhos, principalmente acima de 40 anos (18, 59).

Em revisão sistemática, West *et al* observaram piora da disfunção sexual com a idade em 8 estudos, porém 3 não demonstraram relação (43). No mesmo artigo, o estado civil esteve relacionado à disfunção sexual em 3 estudos, com maior propensão à disfunção em mulheres não casadas em 2 estudos, e em mulheres casadas em 1 estudo (43).

Ainda analisando o perfil das mulheres estudadas, avaliando-se o Grupo Psoríase, observamos que 92% das pacientes apresentavam psoríase vulgar, o que foi compatível com os dados da literatura, que mostram que esta é forma de psoríase mais comum (16). Dezoito por cento do Grupo Psoríase apresentou um PASI maior que 10, entretanto a mediana encontrada foi 3,6. Esse dado ressalta que, apesar de não haver ainda na literatura um consenso quanto ao ponto de corte do PASI usado para se classificar o quadro como grave (20), grande parte de nossas pacientes apresentavam quadros leves a moderados. A análise deste dado, porém, deve levar em consideração a característica transversal do estudo, que registrou a gravidade

do quadro das pacientes apenas naquele momento de avaliação, de forma que muitas estavam com quadros estáveis ou em regressão por estarem submetidas a tratamentos mais agressivos, como as terapias biológicas. Além disso, 33% das pacientes com psoríase apresentavam acometimento ungueal, destas 60% mostravam também uma condição reumática associada, embora apenas 12% destas pacientes (n=3) tenham apresentado simultaneamente artrite psoriásica.

Não foram registradas, neste trabalho, as localizações das lesões. Isso limitou a análise sobre a relação entre a presença do acometimento genital e de mamas e a sexualidade nas nossas pacientes de psoríase. Essa relação já foi abordada por 5 autores (18, 57, 61, 66, 67). Três estudos mostraram que a presença de lesão genital teve impacto na qualidade de vida, porém não mostraram correlação com a função sexual (18, 57, 66), enquanto 2 revelaram piora da função sexual nas mulheres acometidas. Meeuwis et al (61) relataram que as mulheres com psoríase genital apresentavam piora da função sexual; entretanto o mesmo não ocorreu quando avaliados homens com psoríase. Os autores sugerem que provavelmente não é a presença de lesão genital em si que provoca o declínio da função sexual, e sim a experiência subjetiva do paciente. Zamirska et al (67) avaliaram 93 mulheres de psoríase em relação à presença de prurido vulvar. Os autores observaram que 43,9% das mulheres com lesões genitais apresentavam esse sintoma e a presença de prurido vulvar mostrou relação estatisticamente significativa com a piora da função sexual na psoríase.

Apesar de ser bem documentada na literatura a associação das lesões ungueais e artrite psoriásica (17), a pequena amostra estudada para este quadro não permitiu esta avaliação.

Sessenta e quatro por cento do Grupo Psoríase apresentava comorbidade, sendo as mais prevalentes a hipertensão arterial sistêmica, fibromialgia, dislipidemia, e *diabete mellitus*. Embora não tenha sido possível comparar a prevalência das comorbidades entre os grupos, pela falta de dados do Grupo CS, estudos mostram que a psoríase está associada a alterações cardiovasculares, reumáticas, psiquiátricas, bem como a quadros autoimunes (68, 69). Armstrong *et al*, avaliando as comorbidades em 5211 pacientes americanos com psoríase, relataram que as principais doenças associadas foram *diabete mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, doenças cardiovasculares, artrite reumatoide e outras artrites, e lúpus eritematoso sistêmico. Dentre estes quadros, o risco de *diabete mellitus*, de doenças

cardíacas e de artrite psoriásica mostrou-se diretamente proporcional à gravidade da psoríase (68).

Em relação ao acometimento reumático, observamos ainda que 12% das nossas pacientes apresentaram artrite psoriásica. Essa prevalência é pouco menor que as encontradas nos estudos brasileiros, que variam entre 13,7% e 35% (3, 70). Entretanto, apesar do número reduzido da amostra avaliada quanto às condições reumáticas, cabe destacar que, diferentemente dos estudos prévios, nossa população foi constituída apenas de mulheres, e para fins deste estudo, apenas as pacientes que preencheram os critérios classificatórios de CASPAR no momento do estudo foram diagnosticadas como tendo artrite psoriásica, de forma que 12% das pacientes que tinham queixas de artralgia permaneceram com o diagnóstico de artralguas não especificadas, por não preencherem os critérios acima propostos.

6.2 IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Embora existam estudos realizados em populações internacionais sobre o impacto da psoríase e da artrite psoriásica na QVS dos pacientes, poucos foram desenvolvidos na população brasileira (42, 65, 71). O presente estudo confirmou o impacto da psoríase / artrite psoriásica na QVS. Isso foi relevante, principalmente, quando considerados os escores dos domínios limitação física, limitação emocional e saúde mental do questionário genérico de QV, SF-36, os quais mostraram resultados estatisticamente inferiores nas mulheres acometidas pelo quadro. Esses dados são consistentes com trabalhos prévios tanto da literatura nacional quanto internacional.

No Brasil, Tejada *et al* compararam a QVS em pacientes do Rio Grande do Sul com diversas dermatoses (psoríase, vitiligo, dermatite atópica e acne), observando um maior impacto nos pacientes portadores de psoríase. Dentre os domínios avaliados, os autores relataram piores resultados principalmente nos aspectos físicos e emocionais, atividades sociais e de lazer, e em relação ao trabalho (65).

Assim como demonstrado em nosso estudo, Al-Mazeedi *et al* também observaram o efeito da psoríase nas atividades físicas. Em metade dos casos avaliados por estes

autores, as atividades ao ar livre e banhos de sol foram afetados, enquanto a realização de exercícios de leve intensidade, como caminhada, esteve comprometido em 77,3% dos indivíduos estudados (72). Além disso, cerca de 60% dos pacientes perdem aproximadamente 26 dias de trabalho a cada ano em virtude de complicações da psoríase (34). A limitação funcional se deve principalmente ao prurido, irritação e à dor. A psoríase palmoplantar e a artrite psoriásica adicionam um efeito negativo na QVS, visto que afetam diretamente as atividades diárias (72).

Em relação ao efeito psicossocial alterado nas nossas pacientes, estudos mostram que a psoríase ocasiona mais ansiedade, depressão e estresse que outras doenças dermatológicas (26, 71). Al-Mazeedi *et al* descreveram que a psoríase inibiu novos relacionamentos em 48,2% dos pacientes, sendo que 2/3 tinham como preocupação a reação e a percepção dos outros em relação à sua doença (72).

De acordo com Chiozza, os pacientes com psoríase, mais do que aqueles com diagnóstico de outras dermatoses, temem ser isolados, rejeitados e apresentam fantasias de abandono (73). Cerca de 26% dos pacientes com psoríase relatam tensões familiares em decorrência da doença, 50% reduzem suas participações em atividades esportivas, enquanto 40% apresentam alguma dificuldade no ambiente de trabalho (36). Pacientes com psoríase podem receber salários mais baixos e terem menos oportunidades de emprego, sendo a doença a principal causa relatada pelo paciente para o desemprego, em 17% dos indivíduos com psoríase grave (34).

A diminuição na QVS não mostrou relação significativa com valores aumentados do PASI nas nossas pacientes. Assim como observado em nosso estudo, a maior parte dos autores concorda que o impacto que a psoríase causa na QVS independe do grau de extensão da doença, e muitas vezes os pacientes com psoríase continuam a sofrer os sintomas de estresse mesmo após a regressão do quadro cutâneo (18, 36, 37, 48, 72, 74, 75).

A relação complexa entre a melhora clínica das lesões psoriásicas e a morbidade psicológica foi abordada em estudo prospectivo com 414 pacientes de ambos os sexos, realizado na Itália (75). Os autores observaram que a frequência dos distúrbios psicológicos diminui com a melhora da gravidade dos sintomas clínicos. Entretanto, 1/3 dos pacientes com completo clareamento das lesões mantiveram dificuldades psicossociais ao serem reavaliados após 1 mês de acompanhamento. Isso pode ser explicado tanto por sentimentos relacionados à doença, medo de adoecer novamente ou problemas relacionados ao tratamento, e realça o fato de

que apesar de adequados para graduação da extensão da doença, o PASI e a maior parte dos instrumentos de avaliação clínica da psoríase, quando usados isoladamente, são incapazes de capturar aspectos importantes do quadro (18, 75).

6.3 DISFUNÇÃO SEXUAL

Dentre os aspectos da QV que podem ser afetados pela psoríase, optamos por estudar particularmente a função sexual. Essa escolha se deu pela sua importância para o bem-estar global do indivíduo, visto que ela causa estresse pessoal significativo e limita a habilidade individual de desenvolver atividades e papéis sociais (48).

A função sexual pode ser prejudicada por várias doenças crônicas, e poucos são os estudos a respeito do impacto da psoríase na QV sexual (60). Como relatado anteriormente, o primeiro trabalho a respeito do assunto data de 1997, por Gupta & Gupta (57), e desde então apenas 10 estudos foram publicados a respeito do tema na literatura (18, 59-61, 66, 72, 76-78), nenhum abrangendo a população brasileira. Dessa forma, este é o primeiro estudo realizado na população brasileira do sexo feminino, avaliando a prevalência de disfunção sexual nas pacientes com psoríase e artrite psoriásica.

As prevalências de disfunção sexual nos pacientes com psoríase na literatura internacional variam entre 30 e 70%, sendo as mulheres mais prejudicadas (78). A prevalência encontrada em nossas pacientes foi elevada, 58,6% quando consideradas todas as mulheres com índice de FSFI menor ou igual a 26, e 34% quando excluídas aquelas sem atividade sexual há pelo menos 1 mês.

Essas duas análises foram realizadas, porque, à princípio, o uso do FSFI é mais apropriado nas mulheres com algum grau de atividade sexual. Um escore zero no domínio mostra que a mesma não teve nenhuma atividade sexual, embora não seja capaz de acrescentar mais nenhuma informação sobre os domínios (50). Entretanto, consideramos que a ausência de atividade sexual também caracteriza disfunção sexual, principalmente diante da grande porcentagem de mulheres com psoríase sem atividade sexual (37,3% contra 10,6% no grupo controle).

Dessa forma, a análise dos grupos com e sem atividade sexual conjunta mostrou uma associação estatisticamente maior de disfunção sexual nas mulheres com psoríase.

Avaliando-se as prevalências encontradas no grupo controle, 38,6% das mulheres mostraram disfunção quando consideradas todas aquelas com índices de FSFI menor ou igual a 26, e 31,3% quando excluídas aquelas sem atividade sexual atual. Esses valores estão um pouco acima dos valores encontrados em outros estudos brasileiros com mulheres saudáveis, nas quais as prevalências variaram entre 30 e 35,7% (52, 54). Isso poderia ser explicado pelo perfil epidemiológico diferente dos grupos estudados e pelo fato de não terem sido descartadas mulheres com doenças crônicas, exceto artrite, e em uso de medicações como anticoncepcionais.

Avaliando-se separadamente os domínios do FSFI, o único que mostrou diferença estatisticamente significativa em relação ao Grupo CS foi o desejo sexual. A diminuição do desejo pode ser explicada pela maior alteração da saúde mental encontrada nestas pacientes. Os distúrbios da função sexual são muito comuns na depressão, e tipicamente afetam o desejo e a excitação, mais do que o orgasmo (76), que em nossas pacientes não se mostrou significativamente alterado. Embora não seja consenso, a depressão tem sido frequentemente relacionada à disfunção sexual na psoríase (57, 76). A explicação para a associação entre a psoríase e a depressão seria que os níveis elevados de citocinas pró-inflamatórias, especialmente o fator de necrose tumoral- α e a interleucina-1, presentes na patogênese da psoríase, também estão relacionados à alteração do humor (78). Por esta razão, vários autores recomendam avaliação psicológica dos pacientes de risco, permitindo intervenções precoces, melhorando a evolução dos pacientes e à adesão aos tratamentos (72, 79).

Além das alterações psicológicas, outros fatores podem ter impacto na QV sexual destes pacientes, como os efeitos colaterais de medicações, a prevalência aumentada de comorbidades (66), sinais e sintomas decorrentes da condição cutânea, como prurido, e preocupações do parceiro (78).

O tempo de evolução e a extensão da doença não mostraram relação estatisticamente significativa com a disfunção sexual, assim como observado na QVS.

Em nosso estudo, também não foi observada diferença estatisticamente significativa quanto à presença ou não de disfunção sexual entre as pacientes com diagnósticos

de doenças reumáticas associadas. Entretanto, aquelas com fibromialgia apresentaram índices mais baixos de FSFI, o que é compatível com a alta prevalência de disfunção sexual descrita nos pacientes com dor crônica (77). Tikiz *et al* investigaram a função sexual em mulheres com fibromialgia, observando médias significativamente menores tanto do FSFI total, assim como de todos seus domínios (80). As doenças reumáticas, assim como a psoríase, podem interferir com a função sexual tanto por fatores clínicos decorrentes da própria doença quanto pelas repercussões psicológicas que elas causam. Dor, rigidez matinal, edema de articulações e fadiga podem afetar negativamente o interesse e o ato sexual. Da mesma forma, a autoestima reduzida e a autoimagem negativa, que comumente estão presentes nestes pacientes, são fatores psicológicos importantes (81). Estudo prévio realizado no HUB com 133 pacientes portadores de psoríase, de ambos os sexos, mostrou que 69% apresentavam alguma condição reumática associada. Destes, 9% tiveram o diagnóstico de osteoartrite, 20% de fibromialgia, 22,6% de artrite psoriásica e 17% permaneceram como portadores de artralguas não especificadas (3).

Dentre as condições reumáticas possivelmente associadas à psoríase, a mais importante seria a artrite psoriásica. Entretanto, sua baixa prevalência na população geral, assim como a dificuldade de diagnóstico pela ausência de critérios amplamente aceitos fazem com que, até o momento, não haja estudo sobre disfunção sexual conduzido especificamente para pacientes com artrite psoriásica (17, 64).

Sua presença, entretanto, parece influenciar negativamente a função sexual (18, 57). Uma análise com 18 mil pacientes psoriásicos mostrou que 31% apresentavam comprometimento articular. Impacto negativo na vida sexual ocorreu em 27% dos indivíduos entre 18 e 54 anos e em 13% daqueles maiores que 55 anos (32). Sampogna *et al*, avaliando 936 portadores de psoríase, observaram que a disfunção sexual estava especialmente presente em pacientes com artrite psoriásica, o que foi consistente com os resultados obtidos para os índices de QVS em geral (18).

A disfunção sexual já foi avaliada em quadros clinicamente semelhantes à artrite psoriásica, como a artrite reumatoide e espondiloartrites. No primeiro, a dificuldade no desempenho do intercursos sexual, desencadeada por limitação ou incapacidade para o ato, e a diminuição no desejo e na satisfação foram os principais domínios afetados pela condição reumática. A dor articular pode limitar determinadas

posições. Além disso, a diminuição do desejo ocorre em 50-60% dos pacientes com artrite reumatoide, sendo causada tanto por fadiga ou depressão, quanto pelo medo antecipatório de sentir dor (82).

Nas espondiloartrites, a limitação na mobilidade das articulações intervertebrais da coluna lombar é apontada como causa importante de inabilidade física durante o intercurso, contribuindo para a insatisfação sexual. Uma comparação entre homens com espondiloartrite e controles saudáveis mostrou que a dor, a rigidez matinal, a fadiga e a limitação funcional estavam associadas à disfunção sexual, depressão e ansiedade (64).

Conforme dito anteriormente, esse é o primeiro estudo realizado na população brasileira do sexo feminino, avaliando-se a prevalência de disfunção sexual nas pacientes com psoríase e artrite psoriásica. No entanto, o estudo apresenta algumas limitações e fontes de desvio inerentes ao delineamento escolhido (estudo caso-controle) e às características da doença estudada.

A maior limitação dos estudos caso-controle é a grande susceptibilidade a vieses. A amostra ideal dos casos seria uma amostra completa ou aleatória de todos os indivíduos com psoríase. Entretanto a população analisada, constituída por pacientes atendidos em uma unidade de Dermatologia de um hospital terciário, pode não ser representativa da população de pacientes com psoríase. A subpopulação avaliada nesse estudo foi uma amostra dos pacientes que chegaram ao dermatologista, e não necessariamente de todos os pacientes com psoríase ou artrite psoriásica. Esse fato poderia ter levado a um desvio no sentido de seleção de pacientes de maior gravidade, uma vez que os casos de psoríase ou artrite psoriásica mais leves ou com evolução mais benigna são muitas vezes avaliados nas unidades básicas de saúde e não chegam ao especialista.

Por outro lado, os pacientes que chegam a um serviço de Dermatologia são geralmente aqueles que requerem tratamento mais agressivo, e dos quais mais interessa conhecer a evolução e possíveis determinantes da QVS, incluindo aqui o objeto de nosso estudo, a função sexual, o que justifica o critério de seleção para esse estudo.

Outra fonte de viés foi a seleção dos controles, pois embora tenham sido selecionadas voluntárias pacientes de um ambulatório de dermatologia, o fato de não ter sido do mesmo hospital pode ter determinado diferenças nos perfis das populações estudadas. Apesar de parearmos os dois grupos em termos de idade, a

fim de diminuir o viés, o mesmo não pode ser feito em relação aos outros dados epidemiológicos. Dessa forma, o grau de instrução e a porcentagem de mulheres casadas foram superiores no grupo controle, e apesar destas variáveis não terem mostrado associação com a disfunção sexual, elas também podem ter influenciado o resultado comparativo entre os grupos.

O fato deste trabalho se tratar de um estudo transversal também constitui uma limitação. Uma vez que apenas um determinado momento é avaliado, podem ter sido gerados vieses de aferição, como por exemplo, a média do PASI, que se mostrou mais baixa que o esperado para um hospital terciário.

A inclusão de pacientes sem atividade sexual no momento atual também pode ter prejudicado a determinação de alterações em outros domínios da função sexual, que não o desejo. Entretanto, o alto número de pacientes com psoríase que se apresentaram nesta condição sugeriu que este fosse um dado a não ser descartado, justificando essa inclusão.

Da mesma forma, a ausência de critérios universalmente aceitos para a classificação da artrite psoriásica, pode ter feito com que a prevalência deste diagnóstico em nosso estudo fosse diferente à determinada por outros critérios.

O critério de CASPAR parece ser melhor aplicável para pacientes com doença articular estabelecida e para aqueles em tratamento para o quadro cutâneo permitindo o diagnóstico de artrite psoriásica mesmo com psoríase inativa (3).

Em relação aos critérios de exclusão, dois pontos devem ser destacados: a não exclusão de pacientes em uso de drogas e a não exclusão de pacientes com comorbidades crônicas.

Conforme a literatura, nosso grupo de pacientes de psoríase também apresentou uma grande taxa de comorbidades (64%), entre elas *diabete mellitus*, fibromialgia e hipertensão arterial, quadros crônicos que sabidamente estão relacionados com aumento da disfunção sexual (81, 83).

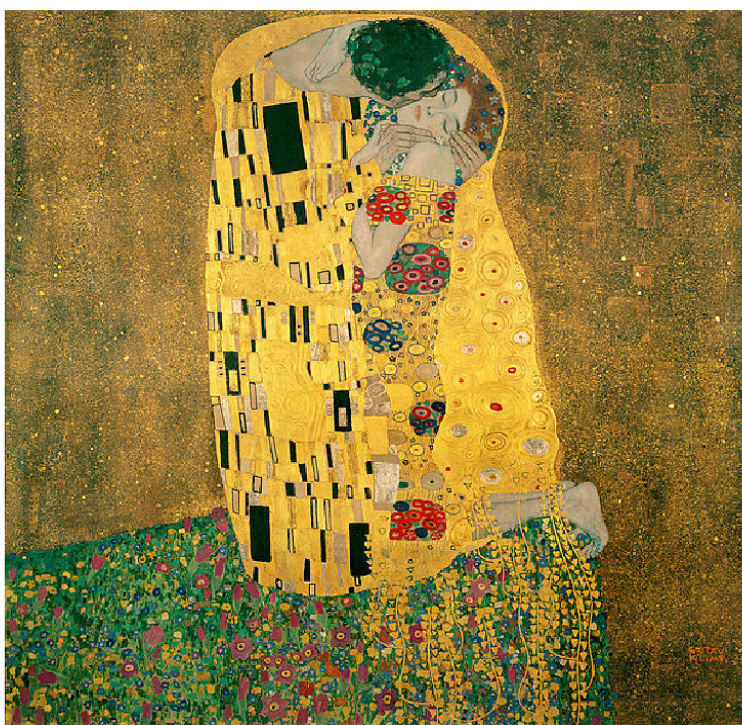
Os anticoncepcionais orais, antidepressivos, metotrexate e acitretin podem causar disfunção sexual (83, 84). Mas a exclusão destes fatores exigiria uma amostra muito maior ou um estudo com delineamento diferente, visto que a maior parte dos tratamentos de psoríase pode influenciar na função sexual e exigem prevenção de concepção.

Uma vez que este estudo não se propôs a identificar a causa, mas sim a presença da disfunção sexual nas pacientes com psoríase, optamos por não excluir estas condições.

Previamente ao início deste trabalho, foi realizado um estudo piloto para o cálculo do tamanho amostral. Entretanto esse estudo levou em consideração a população geral de pacientes com psoríase, não sendo realizado estudo separado para a subpopulação com artrite psoriásica. A baixa prevalência deste quadro na população geral, estimada entre 0,06 e 0,25%, provavelmente exigiria um n muito maior que o avaliado neste estudo. Dessa forma, provavelmente a ausência de resultados estatisticamente significativos em relação às condições reumáticas se deva ao tamanho reduzido da população com dados disponíveis a respeito da avaliação pela reumatologia, não permitindo uma análise adequada de cada quadro.

Entretanto, apesar das limitações, os resultados deste estudo mostraram-se importantes. Primeiramente por confirmarem o impacto da psoríase na QVS, esclarecendo os pontos mais afetados. Além disso, como o próprio estudo mostrou as pacientes com disfunção sexual tiveram queda importante da QVS, com redução estatisticamente significativa dos índices de estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental. Isso ressalta a importância da avaliação deste aspecto. Finalmente, os resultados demonstraram a relação da psoríase com alterações da função sexual, representando os primeiros dados a respeito da prevalência da disfunção sexual em pacientes brasileiras, tornando-se relevantes na abordagem da melhoria da QVS das pacientes com diagnóstico de psoríase no Brasil.

7 CONCLUSÕES



O beijo, Gustav Klimt, 1908
Óleo e folha de ouro sobre tela, 180x180 cm
Viena, Áustria, Galeria Belvedere da Áustria

7 CONCLUSÕES

1. Esse foi o primeiro estudo realizado na população brasileira do sexo feminino, avaliando o risco de disfunção sexual nas pacientes com psoríase e artrite psoriásica, e mostrou uma prevalência elevada de disfunção sexual nestas pacientes, de 58,6%, estatisticamente superior ao grupo controle.
2. Entre os domínios da função sexual avaliados, o desejo sexual foi o mais significativamente comprometido nas pacientes com psoríase e artrite psoriásica, enquanto os outros domínios (excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) não foram afetados de forma específica.
3. A ocorrência de disfunção sexual não varia de acordo com o grau de extensão da doença cutânea.
4. Não houve relação entre a disfunção sexual e a presença de manifestações articulares ou diagnósticos de doença reumática nas pacientes com psoríase.
5. A psoríase, com ou sem manifestações articulares, influenciou negativamente a QVS das pacientes avaliadas pelo questionário SF-36. Os escores dos domínios limitação por aspectos físicos, limitação por aspectos emocionais e saúde mental mostraram-se significativamente comprometidos nas pacientes com diagnóstico de psoríase e/ou artrite psoriásica.
6. As pacientes com disfunção sexual apresentaram comprometimento significativo da QVS, avaliada pelo questionário SF-36, com menores escores dos domínios estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental.

8 PERSPECTIVAS



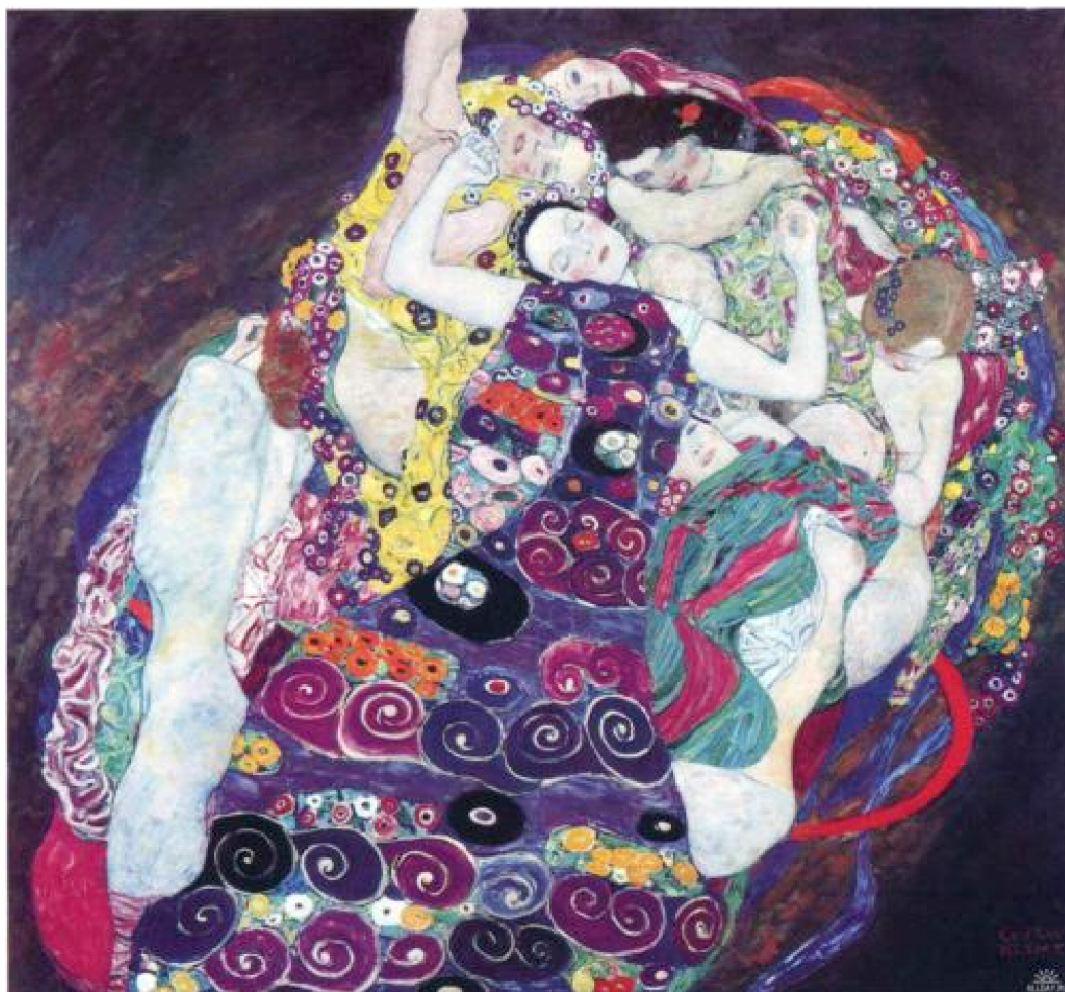
Deux nus et un chat, Pablo Picasso, 1903
Aquarela em papel, 18x26,5 cm

8 PERSPECTIVAS

Os resultados obtidos neste estudo suscitaram questões que poderão ser objeto de pesquisa em projetos futuros:

1. A ampliação do estudo englobando pacientes também do sexo masculino, através da aplicação de questionários próprios, como por exemplo o IIEF, auxiliaria na determinação da prevalência da disfunção sexual na psoríase, não apenas no grupo feminino.
2. O acompanhamento do grupo, através de um estudo de coorte, permitiria uma melhor avaliação do impacto do PASI e das respostas terapêuticas na disfunção sexual da psoríase.
3. O aumento da amostra populacional, visando à avaliação das terapias medicamentosas e seus efeitos colaterais, e das comorbidades sistêmicas, poderia auxiliar no esclarecimento do real papel desses fatores na etiologia da disfunção sexual nos pacientes com psoríase.

9 PRODUÇÃO CIENTÍFICA RELACIONADA AO MATERIAL DA DISSERTAÇÃO



The virgin, Gustav Klimt, 1903
Óleo em tela, 190x200 cm
Praga, República Tcheca, Narodni Gallery

9 PRODUÇÃO CIENTÍFICA RELACIONADA AO MATERIAL DA DISSERTAÇÃO

9.1 APRESENTAÇÕES EM CONGRESSOS

- Disfunção sexual nas pacientes com psoríase e artrite psoriásicas atendidas no HUB. XXIX Congresso Brasileiro de Reumatologia, Vitória, 2012.
- Psoriasis and female sexual dysfunction: a case-control study. International Congress of Psoriasis, Paris, 2013.

9.2 PARTICIPAÇÃO EM REUNIÃO CIENTÍFICA

- Disfunção sexual nas pacientes com psoríase. Reunião Científica SBD-DF - Aspectos práticos do tratamento da psoríase. 22/09/2012

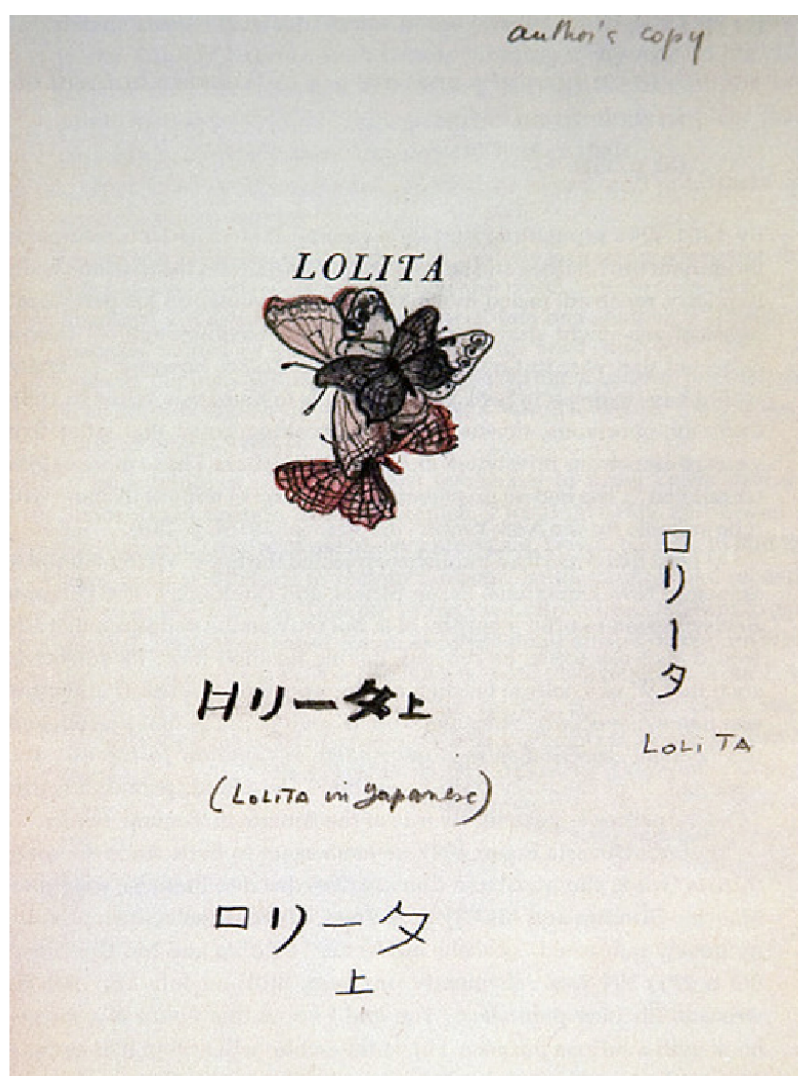
9.3 ARTIGOS PUBLICADOS

- Disfunção sexual em pacientes com psoríase e artrite psoriásica - revisão sistemática. Revista Brasileira de Reumatologia. Aprovado em 5 de setembro de 2012 (Apêndice C)

9.4 ARTIGOS SUBMETIDOS À PUBLICAÇÃO

- Risk of sexual dysfunction in patients with psoriasis: an assessment. Submetido à *British Journal of Dermatology*, em 05 de março de 2013. (Apêndice D)

10 REFERÊNCIAS



Cópia pessoal do autor de Lolita, mostrando outra paixão que Nabokov tinha além das letras, as borboletas, frequentemente rascunhadas nas páginas título de suas novelas e dedicadas a sua esposa, Vera.

10 REFERÊNCIAS

1. Langham S, Langham J, Goertz HP, Ratcliffe M. Large-scale, prospective, observational studies in patients with psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic and critical view. *BMC Med Res Methodol*. 2011 Mar 31;11:32.
2. Reich K. The concept of psoriasis as a systemic inflammation: implications for disease management. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26(Suppl 2):3-11.
3. Carneiro JN. Artrite psoriásica em pacientes com psoríase: avaliação de características clínicas e epidemiológicas em um grupo de 133 pacientes brasileiros [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Pós-graduação em Ciências da Saúde; 2011.
4. Fox H. Dermatology of the ancients. *JAMA*. 1915;65:469.
5. Ruiz DG, Azevedo M, Santos OLR Artrite psoriásica: entidade clínica distinta da psoríase? *Rev Bras Reumatol*. 2012;52(4):623-38.
6. Baker BS. From arsenic to biologicals: a 200 year history of psoriasis. Beckenham, UK: Garner Press; 2008. 128 p.
7. Glickman FS. Lepra, psora, psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 1986;14(5):863-6.
8. Bechet PE. Psoriasis, a brief historical review. *Arch Dermatol Syph*. 1936;33:327-34.
9. Ritchling CT, Fitzgerald O. Psoriatic and Reactive Arthritis: A Companion to Rheumatology. 1st ed. Philadelphia: Mosby; 2007. 256 p.
10. Zias J, Mitchell P. Psoriatic arthritis in a fifth-century Judean Desert monastery. *Am J Phys Anthropol*. 1996;101(4):491-502.
11. Gibert CM. Traite pratique des maladies especiales de la peau. 2nd ed. Paris: Germer-Bailliere; 1840.
12. Myers WA, Gottlieb AB, Mease P. Psoriasis and psoriatic arthritis: clinical features and disease mechanisms. *Clin Dermatol*. 2006;24(5):438-47.
13. Bens G, Maccari F, Estève E. Psoriasis: une maladie systémique. *Presse Med*. 2012;41(4):338-48.
14. van de Kerkhof PCM, Schalkwijk J. Psoríase. In: Bologna JL, Jorizzo J, Rapini RP, editor. *Dermatologia*. 2 ed ed. Rio de Janeiro: Elsevier editora ltda; 2011. p. 118-23.
15. Romiti R TM. Psoríase. In: Lupi O BJ, Cunha PR, editor. *Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia*. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 403-15.
16. Sampaio SAP, Rivitti E. Erupções eritemato-escamosas. *Dermatologia*. 3a ed ed. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 238-41.
17. Carneiro JN, Martins GA, Paula AP. Psoriatic arthritis in patients with psoriasis: evaluation of clinical and epidemiological features in 133 patients followed at the University Hospital of Brasilia. *An Bras Dermatol*. 2012;87(4):539-44.
18. Sampogna F, Gisondi P, Tabolli S, Abeni D. Impairment of sexual life in patients with psoriasis. *Dermatology*. 2007;214(2):144-50.
19. Foulkes AC, Grindlay DJ, Griffiths CE, Warren RB. What's new in psoriasis? An analysis of guidelines and systematic reviews published in 2009-2010. *Clin Exp Dermatol*. 2011;36(6):585-9.
20. Faria JRC, Avelaira JCR, Aarão AR, Silva OH. Inter-rate concordance study of the PASI (Psoriasis Area and Severity Index). *An Bras Dermatol*. 2010;85(5):625-8.
21. Porro AM, Chaul A, Gripp A, Arruda ACBB, Hirayama ALS, Carvalho AVE et al. Consenso Brasileiro de Psoríase 2012 - Guias de avaliação e tratamento Sociedade Brasileira de Dermatologia. In: Sociedade Brasileira de Dermatologia, editor. 2a ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia; 2012. p. 172.

22. Chandran V, Schentag CT, Gladman DD. Sensitivity of the classification of psoriatic arthritis criteria in early psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum.* 2007;57(8):1560-3.
23. Goldenstein-Schainberg C, Favarato MHS, Ranza R. Conceitos atuais e relevantes sobre artrite psoriásica. *Rev Bras Reumat.* 2012;52(1):92-106.
24. Kleinert S, Feuchtenberger M, Kneitz C, Tony HP. Psoriatic arthritis: clinical spectrum and diagnostic procedures. *Clin Dermatol.* 2007;25(6):519-23.
25. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006;54(8):2665-73.
26. Lee YW, Park EJ, Kwon IH, Kim KH, Kim KJ. Impact of Psoriasis on quality of life: relationship between clinical response to therapy and change in health-related quality of life. *Ann Dermatol.* 2010;22(4):389-96.
27. WHO. QoL: measuring quality of life from division of mental health and prevention of substance abuse. Geneva (Switzerland): World Health Organization. 1997.
28. Chen SC. Health-related quality of life in Dermatology: Introduction and overview. *Dermatol Clin.* 2012;30(2):205-8.
29. Hrehorów E, Salomon J, Matusiak L, Reich A, Szepietowski JC.. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm Venereol.* 2012;91(2):67-72.
30. Jobling R. Psoriasis - a preliminary questionnaire study of sufferers subjective experience. *Clin Exp Dermatol.* 1976;1(3):233-6.
31. Martins GA, Arruda L, Mugnaini ASB. Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase. *An Bras Dermatol.* 2004;79(5):521-35.
32. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol.* 2001;137(3):280-4.
33. Ginsburg IH, Link BG. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Int J Dermatol.* 1993;32(8):578-91.
34. Li K, Armstrong AW. A review of health outcomes in patients with psoriasis. *Dermatol Clin.* 2012;30(1):61-72.
35. Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Stress and quality of life in psoriasis: an update. *Int J Dermatol.* 2011;50(7):783-92.
36. Russo PAJ, Russo I, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Austral J Dermatol.* 2004;45(3):155-61.
37. Heller MM, Wong JW, Nguyen TV, Lee ES, Bhutani T, Menter A, et al. Quality-of-life instruments: evaluation of the impact of psoriasis on patients. *Dermatol Clin.* 2012;30(2):281-91.
38. Aguiar CCT, Vieira A, Carvalho AF, Montenegro-Junior RMM. Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida relacionada à Saúde no Diabetes Melito. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2008;52(6):931-9.
39. Ciconelli RM, Ferraz M, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida "Medical Outcomes Study 36 - item short -form health Survey (SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
40. De Korte J, Mommers FM, Sprangers MA, Bos JD. The suitability of quality-of-life questionnaires for psoriasis research: a systematic literature review. *Arch Dermatol.* 2002;138(9):1221-7.
41. Sampogna F, Tabolli S, Soderfeldt B, Axtelius B, Aparo U, Abeni D. Measuring quality of life of patients with different clinical types of psoriasis using the SF-36. *Br J Dermatol.* 2006;154(5):844-9.

42. Torres RAT, Magalhães RF, Velho PENF, Silva SA, Morcillo AM. Comparison of quality of life questionnaires and their correlation with the clinical course of patients with psoriasis. *An Bras Dermatol*. 2011;86(1):45-9.
43. West SL, Vinikoor LC, Zolnoun D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annual review of sex research*. 2004;15:40-172.
44. Masters WH JV. *Human Sexual Response*. Boston: Little Brown; 1966.
45. Costa VLA. Aspectos da sexualidade do portador da psoríase: relato de um caso [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina; 2005.
46. Salonia A, Giraldi A, Chivers ML, Georgiadis JR, Levin R, Maravilla KR, et al. Physiology of women's sexual function: basic knowledge and new findings. *J Sex med*. 2010;7(8):2637-60.
47. OMS. Classificação de transtornos Mentais e de comportamento da CID 10. . Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. 1993;Porto Alegre, Artes Médicas.
48. Ermertcan AT. Sexual dysfunction in dermatological diseases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23(9):8.
49. Naldoni LMV, Pazmino M, Pezzan PAO, Pereira SB, Duarte G, Ferreira CHJ. Evaluation of sexual function in Brazilian Pregnant Women. *J Sex Marital Ther*. 2011;37(2):116-29.
50. 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(2):191-208.
51. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537-44.
52. Abdo CHN, Oliveira Jr WN, Moreira Jr ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultado do estudo de comportamento sexual (ECOS) do brasileiro. *Rev Bras Med*. 2002;59(4):250-7.
53. Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, RiccettoCLZ, Ramos MF. Translation into portuguese, cross-national adaptation and validation of the female sexual function index. *Rev Bras Ginecol Obstetr*. 2008;30(10):6.
54. Valadares ALR, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L, Conde DM. Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40-65 years with 11 years or more of formal education: a population-based household survey. *Clinics*. 2008;63(6):775-82.
55. Dunn KM, Jordan K, Croft PR, Assendelft WJ. Systematic review of sexual problems: epidemiology and methodology. *J Sex Marital Ther*. 2002;28(5):399-422.
56. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Construct validity of a Portuguese version of the Female Sexual Function Index. *Cad Saude Pública*. 2009;25(11):11.
57. Gupta MA, Gupta AK. Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *Int J Dermatol*. 1997;36(4):259-62.
58. Kurizky OS, Mota LMH. Disfunção sexual em pacientes com psoríase e artrite psoriásica - revisão sistemática. *Rev Bras Reumat*. 2012;52(6):943-8.
59. Chen YJ, Chen CC, Lin Mw, Chen TJ, Li CY, Hwang CY, Chu SY, Lee DD, Chang YT, Wang WJ Liu HN. Increased risk of sexual dysfunction in male patients with psoriasis: a nationwide population-based follow-up study *J Sex Med*. 2012. [Epub ahead of print].
60. Ruiz-Villaverde R, Sanchez-Cano D, Rodrigo JR, Gutierrez CV. Pilot study of sexual dysfunction in patients with psoriasis: influence of biologic therapy. *Indian J Dermatol*. 2011;56(6):694-9.

61. Meeuwis KAP, de Hullu JA, van de Nieuwenhof HP, Evers AWM, Massuger LFAG, van de Kerkhof PCM, van Rossum MM. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *Br J Dermatol.* 2011;164(6):1247-55.
62. Petruccelli JLA. A cor denominada: um estudo do suplemento da PME de julho/98. In: IBGE, editor. Rio de Janeiro 2000. p. 54.
63. Solis MY, Melo NS, Macedo MEM, Carneiro FP, Sabbag CY, Lancha Junior AH, Frangella VS. Estados nutricional e consumo alimentar de pacientes com psoríase dos tipos sistêmica e artropática sistêmica associada. *Einstein.* 2012;10(1):44-52.
64. Araujo DB, Borba EF, Abdo CHN, Souza LAL, Goldenstein-Schainberg C, Chahade WH, Silva CAA. Função sexual em doenças reumáticas. *Acta Reumatol Port.* 2010;35:16-23.
65. Tejada CS, Almeida Jr HLA, Tejada VFS, Mendonza-Sassi RA, Figueiredo PN. Impact on the quality of life of dermatological patients in southern Brazil. *An Bras Dermatol.* 2011;86(6):1113-21.
66. Goulding JMR, Price CL, Defty CL, Hulangamuwa CS, Bader E, Ahmed I. Erectile dysfunction in patients with psoriasis: increased prevalence, an unmet need, and a chance to intervene. *Br J Dermatol.* 2011;164(1):103-9.
67. Zamirska A, Reich A, Berny-Moreno J, Salomon J, Szepietowski JC. Vulvar pruritus and burning sensation in women with psoriasis. *Acta Derm Venereol.* 2008;88(2):132-5.
68. Armstrong AW, Schupp C, Bebo B. Psoriasis comorbidities: results from the National Psoriasis Foundation surveys 2003 to 2011. *Dermatology.* 2012;225(2):121-6.
69. Naldi L, Mercuri SR. Epidemiology of comorbidities in psoriasis. *Dermatol Ther.* 2010;23(2):114-8.
70. Skare TL, Leite N, Bortoluzzo AB, Gonçalves CR, da Silva JA, Ximenes AC, Bértolo MB, Ribeiro SL, Keiserman M, Menin R, Carneiro S et al. Effect of age at disease onset in the clinical profile of spondyloarthritis: a study of 1424 Brazilian patients. *Clin Exp Rheumatol.* 2012;30(3):351-7.
71. Manzoni APDS, Townsend RZ, Nagatomi ARS, Pereira RL, Weber MB, Cestari TF. Assessment of the quality of life of pediatric patients with the major chronic childhood skin diseases. *An Bras Dermatol.* 2012;87(3):361-8.
72. Al-Mazeedi K, El-Shazly M, Al-Ajmi HS. Impact of psoriasis on quality of life in Kuwait. *Int J Dermatol.* 2006;45(4):418-24.
73. Silva KS, Silva EAT. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Est Psicol.* 2007;24:257-66.
74. Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol.* 2012;51(1):12-26.
75. Sampogna F, Tabolli S, Abeni D. The impact of changes in clinical severity on psychiatric morbidity in patients with psoriasis: a follow-up study. *Br J Dermatol.* 2007;157(3):508-13.
76. Mercan S, Altunay IK, Demir B, Akpinar A, Kayaoglu S. Sexual dysfunctions in patients with neurodermatitis and psoriasis. *J Sex Marital Ther.* 2008;34(2):160-8.
77. Ermertcan AT, Temeltas G, Deveci A, Ding G, Guler HB, Ozturkcan S. Sexual dysfunction in patients with psoriasis. *J Dermatol.* 2006;33(11):6.
78. Guenther L, Han C, Szapary P, Schenkel B, Poulin Y, Bourcier M, et al. Impact of ustekinumab on health-related quality of life and sexual difficulties associated with psoriasis: results from two phase III clinical trials. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011;25(7):851-7.
79. Fordham B, Griffiths CE, Bundy C. Can stress reduction interventions improve psoriasis? A review. *Psychol Health Med.* 2012 [Epub ahead of print].
80. Tikiz C MT, Pirildar T, Taskin EO, Firat A, Tuzun C. Sexual dysfunction in female subjects with fibromyalgia. *J Urol.* 2005;174(2):620-3.

81. Ferreira CC, Mota LMH, Oliveira ACV, Carvalho JF, Lima RAC, Simaan CK, Rabelo FS, Sarmiento JA, Braga R, Santos Neto LL. Frequencia de disfunção sexual em mulheres com doenças reumáticas. *Rev Bras Reumat.* 2013;53(1):41-46.
82. Tristano AG. The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatol Int.* 2009;29(8):853-60.
83. Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstetr.* 2008;30(6):312-21.
84. Wylie G, Evans CD, Gupta G. Reduced libido and erectile dysfunction: rarely reported side-effects of methotrexate. *Clin Exp Dermatol.* 2009;34(7):e234.

ANEXOS

Anexo A - Índice de função sexual feminina (FSFI)

Iniciais:

Idade:

Escolaridade: ☐ analfabeta ☐ 1 a 7 anos ☐ mais de 7 anos

Estado marital:

☐ casada ☐ mora junto ☐ solteira ☐ separada ☐ viúva

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível.

Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. Para responder as questões use as seguintes definições:

Atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual.

Ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.

Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos).

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA

Desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a

uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo.

Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais,

lubrificação (sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal”), ou contrações musculares.

Perguntas:

1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?

1. Quase sempre ou sempre.
2. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
3. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
4. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
5. Quase nunca ou nunca

2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?

1. Muito alto.
2. Alto.
3. Moderado.
4. Baixo.
5. Muito baixo ou absolutamente nenhum

3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca

4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Muito alto.
3. Alto.
4. Moderado.
5. Baixo.
6. Muito baixo ou absolutamente nenhum

5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.

2. Segurança muito alta.
3. Segurança alta.
4. Segurança moderada.
5. Segurança baixa.
6. Segurança muito baixa ou sem segurança.

6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca da metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

7- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a vagina “molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?

1. Sem atividade sexual.
2. Extremamente difícil ou impossível.
3. Muito difícil.
4. Difícil.
5. Ligeiramente difícil.
6. Nada difícil.

9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade manter a lubrificação vaginal (vagina “molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Extremamente difícil ou impossível.
3. Muito difícil.
4. Difícil.
5. Ligeiramente difícil.
6. Nada difícil.

11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo (clímax/“gozou”)?”

1. Sem atividade sexual.
2. Extremamente difícil ou impossível.
3. Muito difícil.

4. Difícil.
5. Ligeiramente difícil.
6. Nada difícil.

13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Muito satisfeita.
3. Moderadamente satisfeita.
4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
5. Moderadamente insatisfeita.
6. Muito insatisfeita.

14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Muito satisfeita.
3. Moderadamente satisfeita.
4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
5. Moderadamente insatisfeita.
6. Muito insatisfeita.

15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?

1. Sem atividade sexual.
2. Muito satisfeita.
3. Moderadamente satisfeita.
4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
5. Moderadamente insatisfeita.
6. Muito insatisfeita.

16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?

1. Sem atividade sexual.
2. Muito satisfeita.
3. Moderadamente satisfeita.
4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
5. Moderadamente insatisfeita.
6. Muito insatisfeita.

17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

1. Sem atividade sexual.
2. Muito alto.
3. Alto.
4. Moderado.
5. Baixo.
6. Muito baixo ou absolutamente nenhum

Anexo B – SF-36

QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar, ajoelhar ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que	1	2	3	4	5	6

nada pode anima-lo?						
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Anexo C - Avaliação PASI

	Escore de gravidade*			Escore de extensão**	Totais parciais
	Eritema	Espessura	Descamação		
Cabeça (C)				X_____	X0,1= _____
Tronco (T)				X_____	X0,3= _____
Membros superiores (S)				X_____	X0,2= _____
Membros inferiores (I)				X_____	X0,4= _____

*Escore de gravidade

0 = ausente

1 = discreto

2 = moderado

3 = intenso

4 = muito intenso

**Escore de extensão

0 = ausência

1 = até 10% do segmento

2 = 10-29% do segmento

3 = 30-49% do segmento

4 = 50-69% do segmento

5 = 70-89% do segmento

6 = 90-100% do segmento

Anexo D – Folha de Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro de Projeto: CEP-FM 010/2011.

Título: "Disfunção sexual nos pacientes com psoríase e artrite psoriásica".

Pesquisador Responsável: Patrícia Shu Kurizky.

Documentos analisados: Folha de rosto, carta de encaminhamento, declaração de responsabilidade, protocolo de pesquisa, termo de consentimento livre e esclarecido, cronograma, bibliografia pertinente e currículo (s) de pesquisador (es).

Data de entrega: 21/02/2011.

Parecer do (a) relator (a)

(X) Aprovação

() Não aprovação.

Data da primeira análise pelo CEP-FM/UNB: 30/03/2011.

Data do parecer final do projeto pelo CEP-FM/UNB: 04/05/2011.

PARECER

Com base na Resolução CNS/MS nº 196/96 e resoluções posteriores, que regulamentam a matéria, o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília decidiu **APROVAR** "*ad referendum*", conforme parecer do (a) relator (a), o projeto de pesquisa acima especificado quanto aos seus aspectos éticos.

1. Modificações no protocolo devem ser submetidas ao CEP, assim como a notificação imediata de eventos adversos graves;
2. O (s) pesquisador (es) deve (m) apresentar relatórios periódicos do andamento da pesquisa ao CEP-FM, sendo o 1º previsto para 05 de novembro de 2011.

Brasília, 05 de Maio de 2011.

Prof. Elaine Maria de Oliveira Alves
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade de Medicina-UnB

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Disfunção sexual nos pacientes com psoríase e artrite psoriásica.

Você está sendo convidado a participar do estudo “Disfunção sexual nos pacientes com psoríase”.

A psoríase é uma doença benigna e crônica da pele, não contagiosa, que geralmente se apresenta como placas vermelhas e descamativas na pele e couro cabeludo, podendo estar associada a alterações nas unhas e nas juntas.

Ao participar do estudo você estará colaborando para esclarecer se existe uma associação entre o quadro da psoríase e a diminuição ou alteração da função sexual. Este estudo poderá estimular um melhor atendimento dos pacientes com psoríase.

O estudo todo será conduzido no Hospital Universitário de Brasília – SGAN 605 Divisão de Reumatologia e de Dermatologia, e nos ambulatórios de Dermatologia do Hospital das Forças Armadas – SRI / HFA s/n BlA, Cruzeiro Novo. Como parte do acompanhamento, será preenchida uma ficha com dados cadastrais e para avaliar a associação entre a psoríase e a disfunção sexual, você responderá um questionário para a qualidade de sua vida sexual. Não serão realizados procedimento ou exames que lhe tragam riscos ou danos desnecessários. O único desconforto que você sentirá será porque sua consulta será mais demorada para uma avaliação completa.

O seu nome não será escrito no trabalho e você será identificado apenas pelas suas iniciais e data de nascimento. Você pode fazer as perguntas que quiser sobre o projeto, a qualquer momento. Sua participação nesse projeto é voluntária. Você pode decidir não participar ou pode deixar o projeto a qualquer momento sem nenhum motivo e sem que isso afete seu acompanhamento ou que interfira em atendimentos futuros no Hospital Universitário de Brasília (HUB), no Hospital das Forças Armadas (HFA) ou Hospital Regional de Santa

Maria (HRSM). Em caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre seus direitos como paciente, voce deverá procurar a Dra. Patricia Kurizky no telefone (61) 81148432 ou o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Brasília no telefone (61) 33072276.

Desta forma, autorizo minha inclusão no estudo, após ter sido adequadamente esclarecido em consulta médica e através das informações contidas neste documento e de ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Fui informado que a minha participação é voluntária e que posso me retirar do estudo a qualquer momento, não sendo obrigada a justificar esta decisão e sem sofrer qualquer prejuízo no meu atendimento em quaisquer outros serviços desta Instituição.

Nome da paciente: _____

Assinatura

____/____/____

data

Eu, abaixo assinado, confirmo ter explicado este termo e os objetivos do estudo ao sujeito da pesquisa e ter-lhe entregado uma cópia assinada e datada deste termo de consentimento.

Nome do médico responsável ou carimbo: _____

Assinatura do médico responsável

data. ____/____/____

Apêndice B – ficha clínica

Ficha Clínica

No. _____ Data do exame clínico ____/____/____

Nome: _____ Iniciais: _____

Data de nascimento: ____/____/____ idade atual : _____

Cor da pele: () branca () pardo/mulato () preto/negro () amarelo () indígena

Data diagnóstico de psoríase:

Em tratamento? () sim-1 () não-2

Qual? _____

Tratamentos prévio:

HPP: _____

Toma algum medicamento? _____

Onicopatía: () sim () não

Apêndice C – Artigo de Revisão publicado na Revista Brasileira de Reumatologia

ARTIGO DE REVISÃO

Disfunção sexual em pacientes com psoríase e artrite psoriásica – uma revisão sistemática

Patricia Shu Karizky¹, Licia Maria Henrique da Mota²

RESUMO

A psoríase é uma doença cutâneoarticular, cuja incidência varia entre 1%–3%. O estresse tende a ser um fator desencadeante ou de agravamento na psoríase. Além disso, a própria doença pode gerar estresse emocional, pelo constrangimento das lesões. Uma série de alterações psicológicas pode estar associada à psoríase, e são comuns os relatos de sentimentos de raiva, depressão, vergonha e ansiedade, culminando no isolamento social e, possivelmente, na disfunção sexual. Apesar de a disfunção sexual ser uma queixa comum, são poucos os dados encontrados a respeito na literatura. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática da prevalência da disfunção sexual na psoríase e na artrite psoriásica, avaliando a participação de fatores como depressão e extensão da doença nessa relação. O resultado da revisão sistemática sobre o assunto aponta que os dados a respeito das dificuldades sexuais nos pacientes com psoríase são limitados. As hipóteses aventadas para explicar a ocorrência de disfunção sexual nesse grupo de pacientes incluem a extensão do quadro cutâneo, os efeitos psicológicos da condição no paciente, a preocupação do parceiro e os efeitos colaterais relacionados aos tratamentos médicos para a psoríase. Os dados apresentados enfatizam a negligência frequente dada a este tipo de sintomatologia na prática médica e ressaltam a importância da avaliação do impacto da psoríase não apenas em relação ao acometimento cutâneo e articular, mas também psicossocial e sexual. Face às diversidades socioculturais de cada população, sugere-se a necessidade de um estudo específico na população brasileira a fim de fornecer maiores informações sobre nossos pacientes.

Palavras-chave: psoríase, artrite psoriásica, gênero, sexualidade.

© 2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença inflamatória, cutâneoarticular, crônica e recidivante, decorrente de alterações imunológicas e proliferativas da pele e, por vezes, de mucosas. A incidência mundial estimada é de 1%–3%.¹⁻³ Em 5%–42% desses pacientes o quadro cutâneo está associado a artrite inflamatória, geralmente com fator reumatoide negativo, quadro denominado artrite psoriásica.^{4,5}

O estresse tende a ser um fator desencadeante ou de agravamento na psoríase. Além disso, a própria doença pode gerar estresse emocional, pelo constrangimento das lesões.⁶ Uma série de alterações psicológicas pode estar associada à psoríase, e são comuns os relatos de sentimentos de raiva, depressão,

vergonha e ansiedade, culminando no isolamento social e em consumo maior de álcool e fumo.⁷⁻¹¹

A sexualidade, conforme definição da Organização Mundial de Saúde, é “uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado dos outros”,¹² com grande importância na manutenção de uma boa saúde mental. O impacto da psoríase na função sexual é importante, pois causa intenso desgaste pessoal, prejudicando a qualidade de vida.

Na literatura, podem ser encontrados relatos de impotência sexual e disfunção erétil decorrentes de terapêuticas medicamentosas para a doença, como o uso de etretinato e metotrexato.¹³⁻¹⁵ Entretanto, são poucos os estudos que relacionam a disfunção sexual diretamente à psoríase.^{16,17}

Recebido em 03/11/2011. Aprovado, após revisão, em 05/09/2012. Os autores declaram a inexistência de conflito de interesse.

Serviço de Reumatologia, Hospital Universitário de Brasília, Universidade de Brasília – HUB-UnB.

1. Médica Dermatologista; Aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília – FMUnB

2. Doutora em Ciências Médicas, FMUnB; Orientadora do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, FMUnB

Correspondência para: Licia Maria Henrique da Mota, Centro Médico de Brasília, SHLS 716/916 Bloco E salas 501-502 – Asa Sul, CEP: 70390-904, Brasília, DF, Brasil. E-mail: liciamhota@yahoo.com.br

As revisões sistemáticas de estudos de prevalência são importantes por fornecerem informações úteis tanto à prática médica quanto aos projetos de pesquisa. Uma visão aprofundada sobre o desenho e a metodologia aplicados na obtenção dos dados disponíveis é fundamental para o planejamento de futuros estudos.

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática dos estudos sobre a disfunção sexual nos pacientes com psoríase e artrite psoriásica, avaliando aspectos comumente apontados como associados – entre eles, alterações psicológicas e extensão da doença.

MÉTODOS

No período de agosto a outubro de 2011, foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: Medline (1966–2011), Biblioteca Cochrane, LILACS, PubMed (1991–2011) e Scopus, nos idiomas português, inglês, francês e espanhol. As palavras-chave utilizadas foram “psoriasis”, “sexual dysfunction” e “psoriatic arthritis”.

Foram incluídos estudos transversais observacionais, coortes prospectivas, estudos randomizados controlados e estudos do tipo caso e controle, que abordassem a função sexual nos pacientes com psoríase e/ou artrite psoriásica.

O título e o resumo dos artigos obtidos na pesquisa inicial foram revisados por dois observadores independentes a fim de se identificar aqueles relevantes. Uma revisão da versão integral foi realizada em todos os artigos que preenchiam os critérios de inclusão, e as referências bibliográficas desses artigos foram analisadas a fim de se destacar fontes adicionais. Foram considerados para os fins do estudo os artigos selecionados após concordância dos dois observadores.

Dos estudos selecionados, foram observados os seguintes dados: tipo de estudo, tamanho da amostra, instrumentos utilizados, análise estatística e resultados.

RESULTADOS

Dos artigos identificados nas bases de dados citadas, apenas 14 relacionavam-se diretamente com o tema pesquisado. Desses, sete foram excluídos por serem relatos de caso ou artigos de revisão. Além dos sete artigos restantes, um foi identificado a partir da análise das referências bibliográficas, totalizando oito artigos selecionados para os fins desse estudo.

Dos artigos selecionados, três eram do tipo caso e controle e cinco eram estudos transversais observacionais; não foram encontrados estudos randomizados controlados nem coortes prospectivas. Em relação aos três estudos de casos e controles,

dois incluíram homens e mulheres com psoríase comparados a sujeitos saudáveis,^{18,19} e um foi realizado apenas em homens com psoríase comparados a grupos masculinos com outras doenças dermatológicas.²⁰ Todos os estudos observacionais incluíram pacientes de ambos os gêneros. A Tabela 1 descreve os tipos de estudos e as amostras analisadas.

No total, 4.039 pacientes com psoríase foram analisados, dos quais 2.567 homens (63,55%) e 1.472 mulheres (36,45%). A idade dos pacientes com psoríase variou entre 23 e 62 anos. A Tabela 2 apresenta as características epidemiológicas das amostras de cada estudo.

A gravidade da psoríase foi avaliada por dermatologistas a partir do *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI) em três estudos^{18,21,22} e pelo *Total Body Surface Area* (BSA) em um estudo,²³ e pelo próprio paciente por meio do *Self-Administered Psoriasis Area and Severity Index* (SAPASI) em dois estudos.^{2,24} Dois estudos não avaliaram o grau de extensão da psoríase.^{18,20} A presença de lesões na área genital^{2,20,23,24} e o acometimento articular^{2,23–24} foram registrados em quatro estudos.

Em todos os estudos os pacientes foram avaliados quanto à função sexual a partir de questionários autoaplicáveis, e alguns estudos também avaliaram aspectos psicológicos e qualidade de vida. Dentre os questionários utilizados para avaliação da função sexual, os mais usados foram: o item 9 do *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) (“Over the last week, how much has your skin caused any sexual difficulties – not at all, a little, a lot, very much”),^{2,18,22,24} o *International Index of Erectile Function* (IIEF)^{18,20,24} e o *Female Sexual Function Index* (FSFI).^{18,24} Gupta *et al.*²³ utilizaram questionário de elaboração própria, e Ermercan *et al.*¹⁹ montaram um questionário baseado nas perguntas de caráter sexual de vários questionários de qualidade de vida (Skindex-29, DLQI, *Psoriasis Disability Index* – PDI e *Impact of Psoriasis on Quality of Life Questionnaire* – IPSO). A Tabela 3 mostra os instrumentos usados por cada autor.

Qualidade de vida, depressão e função sexual

No estudo de Mercan *et al.*,¹⁸ a disfunção sexual foi mais comum no grupo com psoríase que no grupo-controle, havendo diferença estatisticamente significativa ($P < 0,05$) entre o escore total e o subescore da experiência orgásmica do ASEX. Dez pacientes do grupo com psoríase apresentaram escore de BDI > 17 , sendo considerados clinicamente depressivos. Quando excluídos esses pacientes, a análise ANOVA e o teste de Tuckey nos dois grupos revelaram resultados semelhantes no escore de ASEX.

Al-Mazeedi *et al.*²³ observaram alterações psicológicas mais prevalentes no grupo de psoríase grave. Em relação à atividade sexual, ela esteve afetada em 31,6% dos pacientes.

Tabela 1
Tipos de estudos e amostras analisadas

Autor	Publicação	Desenho do estudo	Pacientes	Controles
Mercan ¹⁸	2008	Caso e controle	24	33
Al-Mazeedi ²¹	2006	Observacional	330	—
Meeuwis ²⁴	2011	Observacional	487	—
Sampogna ²	2006	Observacional	936	—
Emertcan ¹⁹	2006	Caso e controle	78	58
Gupta ²³	1997	Observacional	120	—
Goulding ²⁰	2011	Caso e controle	92	130
Guenther ²²	2011	Observacional	1996	—

Apresentaram disfunção 38,9% dos pacientes com psoríase grave, 29,7% dos com psoríase moderada e 30,8% dos com psoríase leve. Entretanto, a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa.

O estudo de Meeuwis *et al.*²⁴ concentrou-se principalmente na presença de psoríase genital. A média do escore total do DLQI foi $6,6 \pm 5,5$. Os pacientes com lesões genitais apresentaram escores piores que os pacientes sem lesões genitais, em especial no item referente à vida sexual.

Os homens com psoríase apresentaram SQoL-M (*Sexual Quality of Life Questionnaire for Men*) de $77,2 \pm 24,1$ (o índice varia de 0–100; quanto maior o escore, melhor a qualidade de

Tabela 2
Características epidemiológicas das amostras estudadas

Autor	Psoríase - número		Controle - número		Psoríase - idade		Controle - idade	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Mercan ¹⁸	Não define quantidade por gênero				$37,29 \pm 11,27$		$36,09 \pm 7,97$	
Al-Mazeedi ²¹	169	161	—	—	32–35		—	
Meeuwis ²⁴	278	209	—	—	$53,9 \pm 12,3$		—	
Sampogna ²	555	381	—	—	45,7		—	
Emertcan ¹⁹	39	39	31	27	22,33–59,31		$41,77 \pm 9,60$	
Gupta ²³	63	57	—	—	$46,8 \pm 15,7$		—	
Goulding ²⁰	92	—	130	—	$46,7 \pm 13,1$		$52,7 \pm 17,2$	
Guenther ²²	1371	625	—	—	46		—	

Tabela 3
Questionários e índices usados em cada estudo

Autor	Instrumento	Conteúdo
Mercan ¹⁸	ASEX BDI	Função sexual Depressão
Al-Mazeedi ²¹	DQoLS	Atividades, relações sociais, aspectos psicológicos e atividade sexual
Meeuwis ²⁴	DLQI SQoL-M IIEF FSDS FSFI	Qualidade de vida Qualidade vida sexual masculina Função sexual masculina Estresse sexual feminino Função sexual feminina
Sampogna ²	Questionário próprio (Skindex, DLQI, PDI, IPSO) GHQ-12	Função sexual Alterações psicológicas
Emertcan ¹⁹	DSM-IV DLQI FSFI IIEF	Alterações psicológicas Qualidade de vida Função sexual feminina Função sexual masculina
Gupta ²³	Questionário próprio	Função sexual, aspectos psicológicos e gravidade da doença
Goulding ²⁰	IIEF DLQI	Função sexual masculina Qualidade de vida
Guenther ²²	Item 9 DLQI	Função sexual

ASEX: Arizona Sexual Experience Scale; BDI: Beck Depression Inventory; DQoLS: Dermatology Quality of Life Scale; DLQI: Dermatology Life Quality Index; SQoL-M: Sexual Quality of Life Questionnaire for Men; IIEF: International Index of Erectile Function; FSDS: Female Sexual Distress Scale; FSFI: Female Sexual Function Index; PDI: Psoriasis Disability Index; IPSO: Impact of Psoriasis on Quality of Life Questionnaire; GHQ-12: General Health Questionnaire.

vida sexual) e IIEF de $55,7 \pm 17,2$ (o índice varia de 5–75; quanto maior, melhor a função sexual), sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos com e sem lesão genital. Em relação às mulheres, 37,7% apresentaram FSDS (*Female Sexual Distress Scale*) > 15 , mostrando alteração da vida sexual. A média do escore das mulheres com lesão genital foi significativamente mais alta que nas mulheres sem lesão genital. Em relação ao FSFI, 48,7% das mulheres apresentaram índice < 26 , denotando disfunção sexual. Essa alteração apresentou-se igualmente distribuída entre as mulheres com e sem lesão genital.

Sampogna *et al.*² observaram que entre seus pacientes, 48,2% podiam ser caracterizados como casos com distúrbios psicológicos menores (depressão e ansiedade). A prevalência da disfunção sexual variou de acordo com a pergunta analisada, entre 35,5% na pergunta retirada do PDI a 71,3% da extraída do IPSO. A prevalência foi maior nos pacientes com artrite psoriásica, com alterações psicológicas e com escores de SAPASI > 20 em todas as perguntas. Em relação à pergunta do IPSO, a prevalência da disfunção sexual foi observada mais nas mulheres.

No estudo de Emertcan *et al.*,¹⁹ os pacientes foram divididos em seis grupos: controle saudáveis, psoríase sem depressão e psoríase com depressão, tanto femininos quanto masculinos. A média do PASI nas mulheres sem depressão foi $6,53 \pm 4,25$, e nas que apresentavam depressão, de $6,54 \pm 6,96$. O DLQI mostrou piora da qualidade de vida mais significativa no grupo com depressão quando comparado com o grupo sem depressão. O escore total do FSFI mostrou disfunção sexual significativa nos grupos com psoríase com e sem depressão quando comparados com o grupo-controle. Entretanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos com psoríase. Avaliando-se os domínios separadamente, os escores de todos os domínios, exceto lubrificação e dor, estiveram significativamente piores nos grupos com psoríase. Houve correlação negativa entre o escore do FSFI e DLQI, mas o PASI não mostrou correlação.

Nos grupos masculinos, a média do PASI foi de $9,27 \pm 6,03$ nos com psoríase pura e $7,31 \pm 4,51$ nos com psoríase e depressão. O escore DLQI total apresentou-se significativamente mais alto nos pacientes com psoríase e depressão quando comparado com o grupo sem depressão, caracterizando pior qualidade de vida. O escore total do IIEF mostrou disfunção significativa nos grupos com psoríase quando comparados com o controle, não havendo também diferença entre os dois grupos com psoríase. Em relação à avaliação individual dos domínios, a satisfação com a relação sexual esteve significativamente baixa nos pacientes com psoríase; os outros domínios mostraram-se

mais baixos também, porém sem diferença estatisticamente considerável. O escore total do IIEF não mostrou correlação com o PASI e o DLQI.

Gupta *et al.*²³ relataram que 49 dos 120 pacientes estudados (40,8%) afirmaram ter um declínio da atividade sexual após o início da psoríase. No grupo com alteração da função sexual, 77% dos pacientes apresentavam dor articular, em comparação com 54% dos do grupo sem alteração da função sexual. O grupo afetado também apresentou significativamente mais depressão e maior tendência ao consumo de álcool. O declínio da atividade sexual foi associado com o efeito da psoríase em sua aparência por 60% dos pacientes, contra 14,9% que atribuíram ao desinteresse do parceiro.

O estudo de Goulding *et al.*²⁰ concentrou-se principalmente na presença de disfunção erétil. A média do escore do DLQI foi significativamente mais elevada no grupo com psoríase. Dos 92 indivíduos, 53 (58%) obtiveram um escore de IIEF ≤ 21 , indicando disfunção erétil, o que ocorreu em 64 dos 120 controles (49%), não apresentando diferença estatisticamente significativa.

Guenther *et al.*²² avaliaram 1.996 pacientes quanto ao tratamento com ustekinumab. Antes do tratamento, 22,6% dos pacientes apresentavam disfunção sexual, avaliada a partir do item 9 do DLQI. A disfunção foi mais observada nas mulheres (27,1%) que nos homens (20,8%). A proporção dos pacientes com disfunção sexual correlacionou-se diretamente com o PASI.

DISCUSSÃO

Os dados a respeito das dificuldades sexuais nos pacientes com psoríase são limitados. As hipóteses aventadas para explicar a ocorrência de disfunção sexual nesse grupo de pacientes incluem a extensão do quadro cutâneo, efeitos psicológicos da condição no paciente, preocupação do parceiro e efeitos colaterais relacionados aos tratamentos médicos para a psoríase.²²

Vários estudos associaram a psoríase à morbidade psicológica, especialmente depressão e ansiedade.^{16,25,26} Alguns autores sugerem que níveis elevados de citocinas pró-inflamatórias, especificamente fator de necrose tumoral alfa e interleucina 1, envolvidos na patogênese da psoríase, estão ligados à depressão.²⁷ Essas alterações psicológicas foram mais prevalentes nos pacientes com psoríase em quatro dos estudos analisados.

Correlação positiva entre disfunção sexual e depressão foi observada nos estudos de Mercan *et al.*,¹⁸ Sampogna *et al.*² e Gupta *et al.*²³ Entretanto, mesmo no estudo de Mercan *et al.*,¹⁸ observou-se que os pacientes com psoríase apresentavam mais distúrbios sexuais relacionados ao orgasmo que propriamente

de desejo sexual. Como os distúrbios sexuais na depressão afetam tipicamente o desejo e a vontade, mais que o orgasmo, os autores sugerem que a disfunção sexual na psoríase possa estar relacionada a outras razões, que não a depressão. Ermerican *et al.*,³⁹ comparando grupos de indivíduos saudáveis e de portadores de psoríase com depressão e sem depressão, não apontaram correlação entre problemas psicológicos e a presença de disfunção sexual.

Em relação ao quadro clínico, a forma grave/moderada esteve mais associada à disfunção sexual em dois estudos,^{1,21} porém dois outros não mostraram diferença estatisticamente significativa.^{18,21} A presença de artrite psoriásica também esteve relacionada em dois estudos.^{2,21} A presença de lesão genital teve impacto na qualidade de vida, porém não mostrou correlação com a função sexual,^{21,22} com exceção do estudo de Meenwis *et al.*²⁴ No estudo em questão, mulheres com psoríase genital apresentavam piora da função sexual; entretanto, o mesmo não ocorreu no grupo masculino. Os autores sugerem que provavelmente não é a presença da lesão genital em si que provoca o declínio da função sexual, e sim a experiência subjetiva do paciente.

Todos os estudos mostraram piora da função sexual nos pacientes com psoríase, exceto o apresentado por Goulding *et al.*²⁰ Uma explicação para esse resultado pode ser o fato de os autores utilizarem como grupo-controle portadores de outras doenças dermatológicas, incluindo, entretanto, quadros que muitas vezes podem ser extensos, com limitações estéticas e físicas semelhantes à psoríase, como eczema atópico e lúpus eritematoso. Os próprios autores relatam alta prevalência de disfunção erétil na amostra total estudada (50%), que corresponderia à população com doenças dermatológicas. Além disso, a disfunção sexual já foi correlacionada com outros quadros cutâneos, como doenças sexualmente transmissíveis,^{23,29} vitiligo,^{26,31} urticária crônica³¹ e neurodermatite.^{18,28}

Finalmente, é importante salientar o resultado apresentado por Meenwis *et al.*,²⁴ em que apenas 9% dos pacientes estavam satisfeitos com a atenção dada ao aspecto sexual durante suas consultas, enquanto 43% a consideraram insuficiente. Os dados apresentados enfatizam a negligência frequente dada a esse tipo de sintomatologia na prática médica³² e ressaltam a importância da avaliação do impacto da psoríase não apenas em relação ao acometimento cutâneo e articular, mas também psicossocial e sexual.

Durante a revisão, a associação do termo “Brazil” na pesquisa às bases de dados não identificou nenhum artigo. Face às diversidades socioculturais de cada população, esse dado mostra a necessidade de um estudo específico na população brasileira a fim de fornecer maiores informações sobre nossos pacientes.

REFERENCES

REFERÊNCIAS

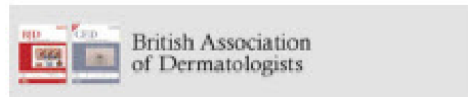
1. Myers WA, Gottlieb AB, Mease P. Psoriasis and psoriatic arthritis: clinical features and disease mechanisms. *Clin Dermatol* 2006; 24(5):438–47.
2. Sampogna F, Gisondi P, Tabolli S, Abeni D; IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences investigators. Impairment of sexual life in patients with psoriasis. *Dermatology* 2007; 214(2):144–50.
3. Langham S, Langham J, Goertz HP, Ratchliffe M. Large-scale, prospective, observational studies in patients with psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic and critical view. *BMC Med Res Methodol* 2011; 11:32.
4. Chandran V, Chentag CT, Gladman DD. Sensitivity of the classification of psoriatic arthritis criteria in early psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum* 2007; 57(8):1560–3.
5. Kleinert S, Feuchtenberger M, Kneitz C, Tony HP. Psoriatic arthritis: clinical spectrum and diagnostic procedures. *Clin Dermatol* 2007; 25(6):519–23.
6. Silva KS, Silva EAT. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Est Psicol* 2007; 24:257–66.
7. Finlay AY, Cole EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol* 1995; 132(2):236–44.
8. Lee YW, Park EJ, Kwon IH, Kim KH, Kim KJ. Impact of Psoriasis on Quality of Life: Relationship between Clinical Response to Therapy and Change in Health-related Quality of Life. *Ann Dermatol* 2010; 22(4):389–96.
9. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr, Rebovian DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41(3 Pt1):401–7.
10. Russo PAJ, Ilchaf R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Austral J Dermatol* 2004; 45(3):155–9.
11. Martins GA, Arruda L, Mugnaini AS. Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase. *An Bras Dermatol* 2004; 79(5):521–35.
12. Organização Mundial da Saúde (OMS) – Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10. Descrição clínica e diretrizes diagnósticas. Trad D Castano. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
13. Wylie G, Evans CD, Gupta G. Reduced libido and erectile dysfunction: rarely reported side-effects of methotrexate. *Clin Exp Dermatol* 2009; 34(7):e234.
14. Reynolds OD. Erectile dysfunction in streptococcal treatment. *Arch Dermatol* 1991; 127(3):425–6.
15. Aguirre MA, Velez A, Romero M, Collantes E. Gynecomastia and sexual impotence associated with methotrexate treatment. *J Rheumatol* 2002; 29(8):1793–4.
16. Niemeier V, Winckelsser T, Giesler U. Skin disease and sexuality. An empirical study of sex behavior on patients with psoriasis vulgaris and neurodermatitis in comparison with skin-healthy probands. *Hautarzt* 1997; 48(9):629–33.
17. Ramsay B, O'Reagan M. A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *Br J Dermatol* 1988; 118(2):195–201.
18. Marcan S, Altunay IK, Demir B, Akpinar A, Kayaoglu S. Sexual dysfunctions in patients with neurodermatitis and psoriasis. *J Sex Marital Ther* 2008; 34(2):160–8.

Kuritzky et al.

19. Türel Ermercan A, Temeltaş G, Devenci A, Dinç G, Güler HB, Öztürkcan S. Sexual dysfunction in patients with psoriasis. *J Dermatol* 2006; 33(11):772-8.
20. Goulding JMR, Price CL, Defty CL, Halangamuwa CS, Bader E, Ahmad I. Erectile dysfunction in patients with psoriasis: increased prevalence, an unmet need, and a chance to intervene. *Br J Dermatol* 2011; 164(1):103-9.
21. Al-Mazeedi K, El-Shazly M, Al-Ajmi HS. Impact of psoriasis on quality of life in Kuwait. *Int J Dermatol* 2006; 45(4):418-24.
22. Guenther L, Han C, Szapary P, Schenkel B, Poulin Y, Bourcier M et al. Impact of ustekinumab on health-related quality of life and sexual difficulties associated with psoriasis: results from phase III clinical trials. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25(7):851-7.
23. Gupta MA, Gupta AK. Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *Int J Dermatol* 1997; 36(4):259-62.
24. Meeruwis KA, de Hullu JA, van de Nieuwenhof HP, Evers AW, Massuger LF, van de Kerkhof PC et al. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *Br J Dermatol* 2011; 164(6):1247-55.
25. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Manter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol* 2001; 137(3):280-4.
26. Ginsburg IH, Link BG. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Int J Dermatol* 1993; 32(8):578-91.
27. Schiepers OJ, Wichers MC, Maas M. Cytokines and major depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005; 29(2):201-17.
28. Ermercan AT. Sexual dysfunction in dermatological diseases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23(9):999-1007.
29. Mandal MC, Mullick SI, Nahar JS, Khamam M, Lahiry S, Islam MA. Prevalence of psychiatric ailments among patients with sexually transmitted disease. *Mymensingh Med J* 2007; 16(2 suppl):S23-7.
30. Ahmed I, Ahmed S, Nasreen S. Frequency and pattern of psychiatric disorders in patients with vitiligo. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2007; 19(3):19-21.
31. Sukun M, Maner F. The problems in sexual functions of vitiligo and chronic urticaria patients. *J Sex Marital Ther* 2007; 33(1):55-64.
32. Ostensen M. Função sexual comprometida em pacientes com doença reumática independente da atividade da doença, tratamento e função gonadal. *Rev Bras Reumatol* 2009; 49(6):639-42.

Apêndice D – Artigo Original submetido à *British Journal of Dermatology*

British Journal of Dermatology



Risk of sexual dysfunction in patients with psoriasis: an assessment

Journal:	<i>British Journal of Dermatology</i>
Manuscript ID:	BJD-2013-0375
Manuscript Type:	Original Article
Date Submitted by the Author:	05-Mar-2013
Complete List of Authors:	Kurizky, Patricia; Universidade de Brasília, Martins, Gladys; Hospital Universitário de Brasília, Carneiro, Jamille; Hospital Regional de Santa Maria, da Mota, Licia; Universidade de Brasília,
Keywords:	psoriasis, psoriatic arthritis, sexual dysfunction

SCHOLARONE™
Manuscripts

view

Risk of sexual dysfunction in patients with psoriasis: an assessment

Running head: Risk of sexual dysfunction in psoriasis

Word count: 2829

Table count: 5

Figure count: 0

P.S. Kurizky,^{1,2} G.A. Martins,³ J.N. Cameiro⁴ and L.M.H. da Mota^{1,3}

¹Postgraduate Program in Medical Sciences, Universidade de Brasília School of Medicine

²Hospital das Forças Armadas (HFA)

³Hospital Universitário de Brasília (HUB)

⁴Hospital Regional de Santa Maria (HRSM)

Correspondence

Patricia Shu Kurizky

Email: patvshu79@gmail.com

SEPS/Sul 710/910 Sul – ed. Vital Brasília – 4º andar, Asa Sul – Brasília, DF, Brazil

CEP: 70390-108

Phone: +55 61 3644104

Fax: N/A

Funding sources: None.

Conflicts of interest: None to declare

What's already known about this topic?

- Psoriasis may have a negative impact on quality of life and sexual health, however little is known about the risk of sexual dysfunction on psoriasis patients relative to the age-matched general population.

What does this study add?

- This study shows that female patients are at increased risk of developing sexual dysfunction.
- Desire is significantly impaired by psoriasis.

Summary

Background Psoriasis has a substantial impact on quality of life (QoL) and is commonly associated with psychosocial changes such as low self-esteem, depression and anxiety. Sex life can also be affected adversely, with 30–70% of patients experiencing sexual dysfunction.

Objectives To determine the risk of sexual dysfunction among women with psoriasis.

Methods Case–control study. Women between the ages of 18 and 69 completed validated Portuguese-language versions of the Female Sexual Function Index (FSFI) and Medical Outcome Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36) questionnaires for assessment of sexual function and QoL respectively. Women in the psoriasis group also underwent clinical examination to establish disease extent and severity, using the Psoriasis Area and Severity Index (PASI), and determine whether psoriatic arthritis or other rheumatologic conditions were present.

Results A total of 150 women were assessed: 75 with a diagnosis of psoriasis and 75 healthy controls (nonpsoriasis group). The prevalence of sexual dysfunction in the psoriasis group was high overall (58.6%) and significantly higher than in the nonpsoriasis group ($p=0.014$); desire was the most severely compromised FSFI domain. SF-36 domain scores were also lower in the psoriasis group, with role limitations due to physical health, role limitations due to emotional problems, and mental health being most affected.

Conclusions Quality of life and sexual function are affected in a substantial number of women with psoriasis. Both aspects should be taken into account when assessing disease severity.

Key words: psoriasis; psoriatic arthritis; sexual dysfunction.

Introduction

Psoriasis is a chronic, systemic inflammatory disease that chiefly involves the skin and joints and affects 1–3% of the population worldwide.^{1–3} Its impact on quality of life (QoL) has been studied since the 1970s,^{4,5} when Jobling found that 80% of patients with psoriasis found it difficult to establish social relationships and considered this to be the most trying aspect of the disease.⁵ Research interest in the QoL and psychosocial well-being of patients with psoriasis has increased ever since. Many studies have shown that psoriasis triggers feelings of depression, shame, and anxiety, ultimately leading to social isolation.^{6–11} Al-Mazeedi et al. found that psoriasis curtailed new relationships in 48.2% of patients, and that two-thirds were concerned about how others would react to and perceive their condition.⁶

Sexual activity plays an important role in maintaining quality of life as defined by the World Health Organization.¹² Sexual dysfunction is defined by inadequate functioning of one of the phases of the sexual response cycle. In women, it is classified into disorders of desire or libido, disorders of arousal, pain or discomfort, and anorgasmia.¹³

Although sexual dysfunction is common in psoriasis, affecting 30–70% of patients,¹⁴ there has been little research into the impact of psoriasis and psoriatic arthritis on the quality of patients' sex lives.¹⁵ The first such study was conducted in 1997 by Gupta and Gupta,¹⁴ and only 10 investigations into the theme have been published since^{6,15–22}—none involving Brazilian subjects.

Within this context, the objective of this study was to assess the risk of sexual dysfunction among Brazilian women with psoriasis by means of a case–control design.

Patients and methods

This cross-sectional study was conducted on a convenience sample of women with a diagnosis of psoriasis and/or psoriatic arthritis (psoriasis group) treated at the outpatient

dermatology clinic of Hospital Universitário de Brasília (HUB), Brazil, and healthy, age-matched volunteer controls (nonpsoriasis group) treated at the general outpatient dermatology service of Hospital das Forças Armadas (HFA), Brasília, Brazil. Patients and controls were recruited from July 2011 to October 2012.

This study was approved by the Universidade de Brasília School of Medicine Research Ethics Committee (decision no. 010/2011) and was conducted in accordance with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 1983.

The inclusion criteria for patients and controls alike were age 18–69 years and a history of sexual activity (defined as having had sexual intercourse at least once before). For inclusion in the psoriasis group, patients were also required to have a clinical diagnosis of psoriasis (always established by the same physician, an experienced dermatologist, and/or by anatomic pathology) and/or psoriatic arthritis (always established by the same physician, an experienced rheumatologist, on the basis of the CASPAR criteria).²³ Conversely, an absence of diagnoses of psoriasis or psoriatic arthritis was a mandatory inclusion criterion for the nonpsoriasis group.

The exclusion criteria were: any genitourinary conditions that might affect sexual function, including vaginitis, endometriosis, chronic pelvic pain, malignant neoplasm, uterine prolapse, vaginismus, sexually transmitted infections, and abnormal or variant pelvic anatomy; pregnancy; a history of psychiatric diagnoses (depression, anxiety disorders, phobias, psychopathy) diagnosed prior to or concomitantly with psoriasis; a prior diagnosis of other rheumatic conditions that might involve arthritis (rheumatoid, other spondyloarthritis, crystal arthropathy) and thus confound or call into question a potential diagnosis of psoriatic arthritis; and a prior diagnosis of extensive, chronic skin conditions such as dermatitis, pityriasis rubra pilaris, chronic blistering diseases, vitiligo, ichthyoses, or connective tissue diseases.

After signing an informed consent form, all participants were interviewed for collection of demographic data (such as age, skin colour, educational attainment, and marital status) and clinical data (past medical history, current prescriptions, and, in the psoriasis group, disease extent as assessed by the Psoriasis Area Severity Index – PASI).²⁴ Patients were then administered the previously validated Portuguese-language versions of the Female Sexual Function Index (FSFI)²⁵ and the Medical Outcome Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36).²⁶

The FSFI is a questionnaire designed to assess female sexual response by analysis of five sexual function domains: desire and subjective arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain and discomfort. Individual scores are calculated by adding the items composing each domain, which are then multiplied by a domain factor to give a weighted score. The final overall score (range, 2–36) is obtained by adding the weighted domain scores. An overall score of 26 or lower is indicative of a higher risk of sexual dysfunction.²⁷

The SF-36 is a 36-item questionnaire that assesses eight QoL-related domains: physical functioning; role limitations due to physical health; bodily pain; general health; vitality; social functioning; role limitations due to emotional problems; and mental health. Scores range from 0 to 100 for each domain, with zero corresponding to the worst possible health and 100 to the best possible health.²⁶

Statistical analysis

Sample size calculation was based on a pilot study of 67 women (47 with psoriasis, 20 controls), in which analysis of the variables obtained from FSFI desire scores (Wilcoxon test), with 95% confidence intervals, yielded a statistical power of 88% for $N=150$ to detect a one-point difference in scores. As the variables were not normally distributed, statistical power was estimated by means of a nonparametric method (Monte Carlo simulation approach).

Analysis of association between variables was conducted in the R 2.15.1 software environment (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria; ISBN 3-900051-07-0; <http://www.R-project.org/>). The Kolmogorov-Smirnov test was used to ascertain whether sample data were normally distributed. The assumption of normality was confirmed if $p>.05$. The chi-square test of independence was used for categorical variables. When the value of a variable was <5 , Monte Carlo-simulated p -values were used instead. Associations between quantitative variables were detected by a) categorization of variables, followed by chi-square analysis or use of p -values assigned by Monte Carlo simulation, or b) calculation of Pearson correlation coefficients (for variables with a bivariate normal distribution) or of nonparametric Spearman rank correlation coefficients (for variables with other distributions). For analysis of the difference between two means, the coefficient of determination (R^2) was used to quantify the degree of dependence between the variables of interest. We also used the Student t -test or paired t -test for normally distributed variables (taking into account means and standard deviations) and the nonparametric Wilcoxon test when the assumption of normality was rejected (using the median and interquartile range instead). Odds ratios were calculated (point estimates and 95% confidence intervals) to assess the intensity of association between variable pairs. P -values $<.05$ were generally considered significant.

Results

The study sample comprised 150 participants: 75 patients in the psoriasis group and 75 healthy controls in the nonpsoriasis group. In both groups, the mean age was 45 years with a standard deviation of approximately 12 years. Regarding skin colour, all patients in the psoriasis group were white or brown. The control group also included black and Asian subjects, although white and brown women again comprised the vast majority (92%). Most women in both groups were married. The proportion of women not living with a partner (marital status reported as single, divorced, or widowed) was greater (42.66%) in the psoriasis group. In terms of educational attainment, most controls had >7 years of formal education, whereas most women in the psoriasis group had 1 to 7 years of schooling. Only two women in the sample were illiterate, both in the psoriasis group. The epidemiological profile of the sample is summarized in Table 1.

From a clinical standpoint, most patients had psoriasis vulgaris. PASI scores ranged from 0 to 21.4. (mean, 5.65). The results of rheumatology assessment were available for 44 of the 75 patients diagnosed with psoriasis. Of these, 15 had a diagnosis of fibromyalgia, 9 had psoriatic arthritis, and 2 had been diagnosed with osteoarthritis. The clinical profile of the psoriasis group is described in greater detail in Table 2.

SF-36 quality of life indices

Table 3 reports SF-36 summary measure scores for the psoriasis and nonpsoriasis groups. On average, all scores were lower in the psoriasis group than among controls.

There were significant between-group differences in mean scores for the following domains: Role-Physical, Role-Emotional, and Mental Health. Mean nonpsoriasis group scores in these domains were higher than those of psoriasis group patients with 95% confidence.

Analysis of the correlation between psoriasis severity and quality of life scores by Spearman rank correlation coefficients is summarized in Table 4. All domains except for Role-Emotional were weakly and negatively correlated with disease severity; however, the results of correlation testing did not reach statistical significance for any domains (p -values $>.05$).

Sexual dysfunction (FSFI)

Overall, 44 patients (58.6%) and 29 controls (38.6%) had FSFI scores ≤ 26 . Chi-square testing yielded a p -value of .014, which is indicative of a higher risk of sexual dysfunction among psoriasis patients with 95% confidence.

Analysis of the potential association between a diagnosis of psoriasis and each of the FSFI domains (desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain) was carried out after categorization of scores. Table 5 shows a summary of the frequencies of each score category and the p -values of chi-square testing for independence in each study group. Desire scores were significantly lower in the psoriasis group than in the nonpsoriasis group.

Regarding rheumatologic co-morbidities, which were assessed in 44 of the 75 women included in the psoriasis group, chi-square testing yielded a p -value of .44. Although there was no statistically significant association between diagnosis of rheumatic disease co-morbid with psoriasis and presence of sexual dysfunction, total FSFI scores were lower among women with fibromyalgia than among their fellow psoriasis group participants.

As for the extent and severity of psoriasis, the coefficient of determination R^2 between PASI scores and presence of sexual dysfunction was .05, indicating that 5% of the variability in presence or absence of sexual dysfunction could be explained by psoriasis severity. The Wilcoxon test rejected the hypothesis of equality of means ($p=.04$). However,

1
2
3
4 this *p*-value approached the level of significance (.05), perhaps due to high within-group
5
6 variability in measures, thus calling the observed difference into question.
7
8

10 Discussion

11
12 This study confirmed the impact of psoriasis on QoL, as shown by the substantially
13 worse SF-36 scores—especially in the Role-Physical, Role-Emotional, and Mental Health
14 domains—of women with psoriasis as compared with healthy controls. These findings are
15 consistent with previous studies published in the international literature. Al-Mazeedi et al.
16 assessed the effects of psoriasis on physical activity and found that outdoor activities and
17 sunbathing were disrupted in half of all patients; even gentle activities such as walking were
18 disrupted in 77.3% of patients.⁶ This limitation of physical function is chiefly attributable to
19 pruritus, irritation, and pain. Palmoplantar psoriasis and psoriatic arthritis are associated with
20 an even greater QoL burden, as they interfere directly with the activities of daily living.⁶
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32

33 According to Chiozza, patients with psoriasis—more so than patients with a diagnosis
34 of other cutaneous diseases—fear isolation and rejection and exhibit delusions of
35 abandonment.²⁸ Roughly 26% of patients with psoriasis report family conflict attributable to
36 the disease, 50% reduce their involvement in sports, and 40% experience difficulties in the
37 workplace.²⁹ Patients with psoriasis may even be paid lower wages and find less job
38 opportunities; the disease is reported as the main reason for unemployment by 17% of patients
39 with severe psoriasis.³⁰
40
41
42
43
44
45
46
47

48 Most authors agree that the impact of psoriasis on QoL is independent of disease
49 severity,^{6,13} as shown in this study; in fact, patients with psoriasis often continue to
50 experience stressful symptoms even after resolution of their skin lesions.^{6,13,21,29,31-33} The
51 complex association between clinical improvement of psoriatic lesions and psychological
52 morbidity was addressed in a prospective study of 414 male and female psoriasis patients
53
54
55
56
57
58
59
60

conducted in Italy.³³ The authors found that the frequency of psychological disorders decreases as the severity of clinical symptoms improves. Nevertheless, one-third of patients with complete clearance of lesions continued to exhibit psychosocial disturbances at 1-month follow-up. This may be explained by disease-related feelings, by fear of a relapse, or by treatment-related issues, and highlights the fact that, despite their adequacy for grading of disease extent, the PASI and most other instruments available for clinical assessment of psoriasis are unable to capture aspects that play a major role in the clinical picture.^{21,33}

We recently conducted a review of the literature to assess the prevalence of sexual dysfunction among patients with a diagnosis of psoriasis and psoriatic arthritis and the role of factors such as depression and disease severity in this association.³⁴ A total of 4039 patients with psoriasis were analyzed, 2567 male (63.55%) and 1472 female (36.45%), with ages ranging from 23 to 62. In all of the included studies, sexual function was assessed by means of self-report questionnaires; some also addressed psychological aspects and QoL. Despite heterogeneity in study populations and choice of assessment instruments, sexual dysfunction was prevalent in all studies, at rates ranging from 22.3% to 71.3%.³⁴

Later studies have also addressed this topic. Chen et al. assessed 12,300 men with psoriasis and 61,500 healthy controls and found that the risk of sexual dysfunction was 1.27 greater among patients with the disease. The risk was greatest in patients over the age of 60 and those with psoriatic arthritis, and, despite previous reports in the literature, was not correlated with systemic therapies.¹⁶ Ruiz-Villaverde et al. conducted a pilot study designed to assess the influence of biologics on sexual dysfunction in 20 patients with psoriasis (10 male, 10 female). The FSFI and International Index of Erectile Function (IIEF) were used for assessment of female and male sexual function respectively. The authors found improvement in both measures (6.3 points on the FSFI and 9.5 points on the IIEF) after 6 months of biologic therapy, which effected a 75% improvement in PASI scores.¹⁵

The prevalence of sexual dysfunction in the psoriasis group of our sample was high (58.6%)—significantly higher than that found among controls (38.6%). Nevertheless, the percentage of healthy controls in the nonpsoriasis group who exhibited dysfunction was still slightly higher than the rates reported in other Brazilian studies of healthy women, where the prevalence of sexual dysfunction ranged from 30% to 35.7%.^{35,36} This difference is probably attributable to differences in the epidemiological profile of study groups and to the fact that women with chronic diseases other than arthritis were not excluded from the nonpsoriasis group.

In our study, separate analysis of each of the FSFI domains showed that sexual desire was significantly impaired among patients with psoriasis as compared with control subjects in the nonpsoriasis group. Lessened desire may be explained by the more severe impairment of mental health found in these patients. Disorders of sexual desire are very common in depression, and desire and arousal are typically affected more severely than orgasm,²⁰ which was not significantly impaired in our patients. Although there is still no consensus, depression has often been associated with sexual dysfunction in psoriasis.^{14,20} Therefore, many authors recommend psychological assessment of at-risk patients to enable early intervention, thus improving the natural history of the condition and treatment adherence.^{6,11}

In addition to psychological disturbances, other factors may have an impact on the sex lives of psoriasis patients, such as medication side effects, the relatively high prevalence of co-morbidities,¹⁷ signs and symptoms inherent to the condition (such as pruritus), and partner concerns.¹⁸ Disease severity was not significantly associated with sexual dysfunction or QoL. Co-morbid rheumatic conditions, such as psoriatic arthritis, might have an additional impact on QoL and sexual function in these patients, as rheumatic disease is known to affect several QoL domains.³⁷ In our sample, assessment of rheumatic co-morbidities did not reveal any significant between-group differences, although patients with fibromyalgia had lower FSFI

1
2
3
4 scores; this is consistent with the high prevalence of sexual dysfunction among persons with
5
6 chronic pain.²² Psoriatic arthritis also seems to have a negative impact on sexual function.^{14, 21}
7
8 The absence of statistically significant findings in our sample was probably due to the small
9
10 number of patients for whom rheumatologic assessment results were available, which
11
12 precluded a more in-depth analysis.
13
14

15 Other limitations of this study warrant mention. First, we used a non-probability
16
17 sampling strategy, and although the psoriasis and control groups were age-matched to reduce
18
19 bias, we could not do the same for other epidemiological variables. Educational attainment
20
21 and the proportion of married women were both greater among controls, which may have
22
23 influenced between-group comparisons.
24
25

26 Second, as compared with those of previous studies, our psoriasis group had a high
27
28 rate of chronic co-morbidities (64%), including diabetes and hypertension, both of which are
29
30 associated with sexual dysfunction.
31
32

33 These limitations notwithstanding, this was the first study of its kind in a female
34
35 Brazilian population, and its findings confirm the impact of QoL, demonstrate the association
36
37 between psoriasis and disordered sexual function, and clarify which domains of sexual
38
39 function and QoL are most severely affected. The high prevalence of sexual dysfunction in
40
41 the psoriasis group of our sample highlights the need for a more comprehensive approach to
42
43 health care in women diagnosed with this disease—one that focuses not only on skin lesions
44
45 and disease extent, but also on overall QoL and, more specifically, sexual function.
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

References

- 1 Cameiro JN. [Psoriatic arthritis in patients with psoriasis: evaluation of clinical and epidemiological features in 133 patients followed at the University Hospital of Brasilia]. Brasilia: Universidade de Brasilia; 2011.
- 2 Langham S, Langham J, Goertz HP, Ratchliffe M. Large-scale, prospective, observational studies in patients with psoriasis and psoriatic arthritis: A systematic and critical review. *BMC Med Res Methodol* 2011; 11:32.
- 3 Reich K. The concept of psoriasis as a systemic inflammation: implications for disease management. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26 Suppl 2:3-11.
- 4 Hrehorow E, Salomon J, Matusiak L, Reich A, Szepietowski JC. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm Venereol* 2012; 92:67-72.
- 5 Jobling RG. Psoriasis -- a preliminary questionnaire study of sufferers' subjective experience. *Clin Exp Dermatol* 1976; 1:233-6.
- 6 Al-Mazeedi K, El-Shazly M, Al-Ajmi HS. Impact of psoriasis on quality of life in Kuwait. *Int J Dermatol* 2006; 45:418-24.
- 7 Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Stress and quality of life in psoriasis: an update. *Int J Dermatol* 2011; 50:783-92.
- 8 Finlay AY, Coles EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol* 1995; 132:236-44.
- 9 Lee YW, Park EJ, Kwon IH, Kim KH, Kim KJ. Impact of Psoriasis on Quality of Life: Relationship between Clinical Response to Therapy and Change in Health-related Quality of Life. *Ann Dermatol* 2010; 22:389-96.
- 10 Martins GA AL, Mugnaini ASB. [Validation of life quality questionnaires for psoriasis patients]. *An Bras Dermatol* 2004; 79:521-35.

- 11 Fordham B, Griffiths CE, Bundy C. Can stress reduction interventions improve psoriasis? A review. *Psychol Health Med* 2012.
- 12 WHO. *QoL: measuring quality of life from division of mental health and prevention of substance abuse*. Geneva: World Health Organization, 1997.
- 13 Ermerican AT. Sexual dysfunction in dermatological diseases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23:999-1007.
- 14 Gupta MA, Gupta AK. Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *Int J Dermatol* 1997; 36:259-62.
- 15 Ruiz-Villaverde R, Sanchez-Cano D, Rodrigo JR, Gutierrez CV. Pilot study of sexual dysfunction in patients with psoriasis: influence of biologic therapy. *Indian J Dermatol* 2011; 56:694-9.
- 16 Chen YJ, Chen CC, Lin MW, Chen TJ, Li CY, Hwang CY et al. Increased Risk of Sexual Dysfunction in Male Patients with Psoriasis: A Nationwide Population-Based Follow-Up Study. *J Sex Med* 2012.
- 17 Goulding JM, Price CL, Defty CL, Hulangamuwa CS, Bader E, Ahmed I. Erectile dysfunction in patients with psoriasis: increased prevalence, an unmet need, and a chance to intervene. *Br J Dermatol* 2011; 164:103-9.
- 18 Guenther L, Han C, Szapary P, Schenkel B, Poulin Y, Bourcier M et al. Impact of ustekinumab on health-related quality of life and sexual difficulties associated with psoriasis: results from two phase III clinical trials. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25:851-7.
- 19 Meeuwis KA, de Hullu JA, van de Nieuwenhof HP, Evers AW, Massuger LF, van de Kerkhof PC et al. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *Br J Dermatol* 2011; 164:1247-55.
- 20 Mercan S, Altunay IK, Demir B, Akpinar A, Kayaoglu S. Sexual dysfunctions in patients with neurodermatitis and psoriasis. *J Sex Marital Ther* 2008; 34:160-8.

- 21 Sampogna F, Gisondi P, Tabolli S, Abeni D. Impairment of sexual life in patients with psoriasis. *Dermatology* 2007; **214**:144-50.
- 22 Turel Ermercan A, Temeltas G, Deveci A, Dinc G, Guler HB, Ozturkcan S. Sexual dysfunction in patients with psoriasis. *J Dermatol* 2006; **33**:772-8.
- 23 Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum* 2006; **54**:2665-73.
- 24 Faria JR, Aarao AR, Jimenez LM, Silva OH, Avelleira JC. Inter-rater concordance study of the PASI (Psoriasis Area and Severity Index). *An Bras Dermatol* 2010; **85**:625-9.
- 25 Pacagnella Rde C, Martinez EZ, Vieira EM. [Construct validity of a Portuguese version of the Female Sexual Function Index]. *Cad Saude Publica* 2009; **25**:2333-44.
- 26 Ciconelli RM FM, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. [Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure]. *Rev Bras Reumatol* 1999; **39**:143-50.
- 27 Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh Ret 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.
- 28 Silva KS, Silva EAT. [Psoriasis and its relation with psychological aspects, stress, and life events]. *Estud Psicol (Campinas)* 2007; **24**:257-66.
- 29 Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol* 2004; **45**:155-9; quiz 60-1.
- 30 Li K, Armstrong AW. A review of health outcomes in patients with psoriasis. *Dermatol Clin* 2012; **30**:61-72, viii.

- 1
2
3
4 31 Heller MM, Wong JW, Nguyen TV, Lee ES, Bhutani T, Menter A et al. Quality-of-life
5 instruments: evaluation of the impact of psoriasis on patients. *Dermatol Clin* 2012; 30:281-91,
6
7
8 ix.
9
10 32 Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease:
11 psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol* 2012; 51:12-26.
12
13 33 Sampogna F, Tabolli S, Abeni D. The impact of changes in clinical severity on
14 psychiatric morbidity in patients with psoriasis: a follow-up study. *Br J Dermatol* 2007;
15 157:508-13.
16
17 34 Kurizky PS ML. [Sexual dysfunction in patients with psoriasis and psoriatic arthritis -
18 a systematic review]. *Rev Bras Reumat* 2012; 52:943-8.
19
20 35 Abdo CHN, Oliveira Jr WN, Moreira Jr ED, Fittipaldi JAS. [Sexual profile of
21 brazilian population: results from Brazilian Study of Sexual Behavior (BSSB)]. *Rev Bras Med*
22 2002; 59:250-7.
23
24 36 Valadares AL, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L, Conde DM.
25 Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40-65 years with
26 11 years or more of formal education: a population-based household survey. *Clinics (Sao*
27 *Paulo)* 2008; 63:775-82.
28
29 37 Ferreira CC ML, Oliveira ACV, Carvalho JF, Lima RAC, Simaan CK, Rabelo FS,
30 Sarmiento JA, Braga R, Santos Neto LL. [Frequency of sexual dysfunction in women with
31 rheumatic diseases]. *Rev Bras Reumat* 2012; [Epub ahead of print].
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Table 1 Epidemiological profile of the study sample

	Psoriasis	Control
Age (years)	45.24±12.69	44.85±11.84
Skin colour*		
White	47 (62.7%)	44 (58.7%)
Brown	28 (37.3%)	25 (33.3%)
Black	0	1 (1.3%)
Yellow	0	5 (6.7%)
Marital status		
Married	37 (49.3%)	44 (58.7%)
Civil union	6 (8%)	8 (10.7%)
Single	12 (16%)	15 (20%)
Divorced	19 (25.3%)	7 (9.3%)
Widowed	1 (1.3%)	1 (1.3%)
Educational attainment**		
0 (illiterate)	2 (2.6%)	0
1–7	46 (61.3%)	27 (36%)
>7	27 (36%)	48 (64%)

*self-reported

**years of formal education

Table 2 Clinical profile of patients in the psoriasis group

Psoriasis Area and Severity Index	0–21.4 (mean, 5.65)
Variant	
Psoriasis vulgaris	69 (92%)
Palmoplantar pustular psoriasis	4 (5.3%)
Guttate psoriasis	1 (1.3%)
Erythrodermic psoriasis	1 (1.3%)
Nail involvement	
Present	25 (33.3%)
Absent	50 (66.6%)
Associated rheumatologic conditions	
Fibromyalgia	15 (20%)
Psoriatic arthritis	9 (12%)
Osteoarthritis	2 (2.6%)
Non specified arthralgia	9 (12%)
None	9 (12%)
Unknown (missing data)	31 (41.3)
Co-morbidities	
Hypertension	18 (24%)
Diabetes mellitus	14 (18.6%)
Dyslipidaemia	16 (21.3%)
None	24 (32%)
Unknown (missing data)	3 (4%)

Table 3 SF-36 summary scores in the psoriasis and nonpsoriasis groups (Wilcoxon test).

SF-36 quality of life domain	Group	Min	Max	Mean	Median	SD	CV	p-value
Physical Functioning	Nonpsoriasis	15.00	100.00	80.33	85.00	19.95	24.84%	0.543
	Psoriasis	5.00	100.00	78.73	85.00	24.48	31.09%	
Role-Physical	Nonpsoriasis	0.00	100.00	72.33	100.00	39.11	54.07%	<0.001*
	Psoriasis	0.00	100.00	45.00	25.00	47.22	104.93%	
Bodily Pain	Nonpsoriasis	10.00	100.00	63.80	62.00	24.40	38.24%	0.369
	Psoriasis	0.00	100.00	62.25	62.00	29.62	47.58%	
General Health	Nonpsoriasis	20.00	100.00	70.33	72.00	19.93	28.34%	0.074
	Psoriasis	0.00	100.00	62.75	67.00	27.25	43.43%	
Vitality	Nonpsoriasis	5.00	100.00	61.33	65.00	19.00	30.98%	0.147
	Psoriasis	0.00	100.00	55.66	55.00	28.50	51.20%	
Social Functioning	Nonpsoriasis	37.50	100.00	75.33	75.00	20.95	27.81%	0.289
	Psoriasis	0.00	100.00	69.16	75.00	32.25	46.63%	
Role-Emotional	Nonpsoriasis	0.00	100.00	67.57	100.00	39.00	57.72%	0.006*
	Psoriasis	0.00	100.00	47.55	33.30	47.82	100.57%	
Mental Health	Nonpsoriasis	28.00	100.00	69.33	68.00	16.47	23.76%	0.039*
	Psoriasis	0.00	100.00	59.62	60.00	27.99	46.95%	

SD, standard deviation; CV, coefficient of variation.

*Significant p-values (<.05)

Table 4 Spearman correlation coefficients between SF-36 quality of life domains and disease extent as assessed by the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) in the psoriasis group

SF-36 quality of life domain	Correlation coefficient	<i>p</i> -value
Physical Functioning	-.152	.192
Role-Physical	-.114	.331
Bodily Pain	-.196	.092
General Health	-.148	.204
Vitality	-.21	.07
Social Functioning	-.188	.107
Role-Emotional	.062	.595
Mental Health	-.095	.418

Table 5 Frequency of FSFI domain scores among patients in the psoriasis and nonpsoriasis groups and *p*-values of chi-square tests of independence between scores and groups.

FSFI domain	Group	Frequency of scores					<i>p</i> -value
		1	2	3	4	5	
Desire	Nonpsoriasis	5	16	20	17	9	0.005*
	Psoriasis	10	13	3	17	4	
Arousal	Nonpsoriasis	3	7	11	22	24	0.298
	Psoriasis	1	9	12	9	16	
Lubrication	Nonpsoriasis	4	3	10	15	35	0.857
	Psoriasis	2	3	7	7	28	
Orgasm	Nonpsoriasis	3	1	16	13	34	0.061
	Psoriasis	3	3	3	7	31	
Satisfaction	Nonpsoriasis	3	3	4	10	47	0.285
	Psoriasis	2	2	9	4	30	
Pain	Nonpsoriasis	3	2	10	11	41	0.414
	Psoriasis	0	1	5	5	36	

Score range: 1, very dissatisfied; 2, moderately dissatisfied; 3, about equally satisfied and dissatisfied; 4, moderately satisfied; 5, very satisfied.

* significant *p*-values (<.05)

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *case-control studies*

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	3
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	3
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	4
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	4
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	3,4
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	5
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls	5
		(b) For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case	5
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	5
Data sources/measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	5,6
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	5, 13
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	7
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	7
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	7
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	7
		(c) Explain how missing data were addressed	7, 8, 19
		(d) If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed	5
		(e) Describe any sensitivity analyses	7
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	8
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	8, 19
		(c) Consider use of a flow diagram	Not applicable
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	8
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of	8,19

		interest	
Outcome data	15*	Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure	8,9

For Peer Review

Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	8,9,10
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	9, 22
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	Not applicable
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	8,9, 10
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	10, 11, 12, 13
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	13
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	13
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	13
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based.	1

*Give information separately for cases and controls.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at <http://www.strobe-statement.org>.

Apêndice E– Tabela de dados

Leitura da Tabela

Estado Civil

- 1- Casada
- 2- União estável
- 3- Solteira
- 4- Divorciada
- 5- Viúva

Grau de Instrução

- 1- Analfabeta
- 2- 1-7 anos
- 3- Acima de 7 anos

Cor

- 1- Branca
- 2- Parda
- 3- Negra
- 4- amarela
- 5- indígena

Forma da Psoríase

- 1- vulgar
- 2- gutata
- 3- palmo-plantar
- 4- pustulosa
- 5- eritrodérmica

Acometimento ungueal

- 0- ausente
- 1- presente

Tratamento (TTO)

- 1- sem tratamento
- 2- tratamento tópico
- 3- metotrexate
- 4- acitretin
- 5- ciclosporina
- 6- terapia biológica

Tempo de evolução da psoríase (TE PX): tempo de evolução da psoríase em anos

Diagnóstico de condição reumática (Dx reumatológico)

- 1- psoríase sem condições reumáticas associadas
 - 2- osteoartrite
 - 3- fibromialgia
 - 4- artrite psoriásica
 - 5- artralguas não especificadas
- N – não avaliadas pela reumatologia

Iniciais	idade	FSFI1	FSFI2	FSFI3	FSFI4	FSFI5	FSFI6	FSFI7	FSFI8	FSFI9	FSFI10	FSFI11
REAP	19	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3
EL	24	3	3	3	3	3	5	5	5	4	5	4
KFS	24	5	5	3	3	3	3	5	3	5	3	3
JCP	26	5	3	5	3	4	3	5	5	5	5	4
LS	27	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
VBM	28	3	3	5	3	3	2	2	4	3	4	3
FC	29	3	3	5	4	4	3	5	3	3	3	3
LO	29	5	3	5	4	4	4	4	4	5	4	4
MFGP	29	5	4	5	4	4	5	4	5	3	5	5
PFM	29	3	3	3	3	4	4	5	5	5	5	5
KMO	32	2	2	3	3	3	2	5	5	5	5	3
CBSA	33	3	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5
ERL	33	5	4	5	4	4	4	5	4	5	4	4
KC	33	3	4	5	5	5	5	2	3	4	4	5
NCF	33	2	2	5	4	3	4	4	5	4	5	2
EML	34	2	3	2	2	3	3	4	4	4	4	3
KB	34	3	3	5	3	4	5	5	5	5	5	4
EAQA	35	3	3	5	5	4	5	5	5	4	4	3
ACA	36	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
LLDP	36	3	3	5	4	5	4	5	5	5	5	5
ALS	37	5	4	4	4	4	4	5	5	4	5	5
DA	37	3	3	5	3	4	5	4	4	4	4	5
LF	38	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
RAP	38	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3
RM	38	3	3	4	3	5	5	5	5	5	5	4
APGL	40	5		5	5	5	4	5	5	5	5	5
JA	40	5	3	5	3	5	5	5	5	5	5	5
LADC	40	3	3	4	3	2	3	4	3	3	3	4
SFS	40	5	3	5	3	5	5	5	5	5	5	5
ALS	40	2	3	4	4	4	4	4	5	4	4	3

Initials	icade	FSF11	FSF12	FSF13	FSF14	FSF15	FSF16	FSF17	FSF18	FSF19	FSF110	FSF111
RBSM	56	3	3	3	3	3	4	5	4	5	5	4
ASA	58	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
WM	58	4	3	5	4	5	4	5	5	4	5	5
NMAP	58	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BSA	59	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
SGAP	59	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5
BCA	61	5	3	4	3	4	4	4	3	4	3	4
WBO	61	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
LDS	61	4	4	4	4	3	3	3	4	5	5	4
AP	62	3	2	2	5	2	5	5	3	4	3	3
CAF	63	2	3	3	3	5	3	1	1	1	1	4
GM	63	4	4	5	5	5	5	2	3	2	4	5
FD	65	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SHFA	67	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CMA	68	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Initials	FSF112	FSF113	FSF114	FSF115	FSF116	FSF117	FSF118	FSF119	SF36-1	SF36-2	SF36-3	SF36-4
REAP	4	2	4	4	4	3	4	3	3.4	3	24	8
EL	4	4	4	4.0	4	4	4	4	3.4	3	27	8
KFS	3	4	4	4.0	4	1	1	3	4.4	1	27	5
JCP	5	4	5	5.0	5	5	5	5	4.4	2	30	8
LS	5	5	5	5.0	5	4	5	5	3.4	1	29	8
VBM	3	3	5	5.0	5	5	5	5	5	2	30	8
FC	3	2	3	4.0	4	3	5	3	3.4	3	26	6
LO	4	4	5	4.0	4	5	4	4	3.4	3	24	5
MPGP	4	5	4	5.0	5	4	5	5	4.4	4	29	8
PFM	5	5	5	5.0	5	4	4	5	3.4	3	30	8
KMO	4	2	2	2.0	2	5	5	5	5	3	25	8
CRSA	5	5	5	5.0	5	5	5	5	3.4	1	21	8
ERL	4	5	5	5	5	5	5	5	4.4	3	22	8
KC	4	5	5	4.0	4	3	5	4	3.4	2	30	8
NCF	4	4	3	3.0	2	5	5	5	3.4	2	17	6
EML	4	3	5	4.0	4	3	2	1	3.4	4	21	4
KB	4	5	5	5.0	5	3	3	3	3.4	1	27	7
EAOA	3	3	4	4.0	3	4	4	4	5	3	30	8
ACA	5	5	5	5.0	5	5	5	5	3.4	2	24	8
LLDP	5	5	5	4.0	4	5	5	5	3.4	2	27	4
ALS	5	5	5	5	4	4	4	4	3.4	3	23	8
DA	4	4	5	5.0	5	4	5	4	3.4	2	20	6
LF	5	5	5	5.0	5	5	5	5	4.4	3	27	8
RAP	4	4	4	4	4	4	4	4	3.4	3	24	5
RM	5	5	5	5.0	5	5	5	5	5	3	25	7
APGL	5	5	5	5	5	5	5	5	3.4	4	13	4
JA	5	5	5	5.0	5	5	5	5	4.4	3	30	8
LADC	2	3	5	5.0	4	3	4	4	4.4	3	30	7
SFS	5	5	5	5	5	5	5	5	3.4	3	27	8
ALS	3	4	4	4.0	5	5	4	5	3.4	3	27	8

Iniciais	FSF112	FSF113	FSF114	FSF115	FSF116	FSF117	FSF118	FSF119	SF36-1	SF36-2	SF36-3	SF36-4
VUMSS	4	4	4	4.0	4	4	5	5	3.4	3	27	8
ACOSUM	4	5	5	5.0	5	5	5	4	4.4	1	21	7
AOSL	1	5	5	5.0	5	5	5	5	3.4	2	30	8
SVL	5	4	4	5.0	4	5	5	5	2	4	20	4
EGSR	4	5	5	5.0	5	3	5	3	3.4	3	27	8
LGN	4	4	5	4.0	4	5	5	5	4.4	1	30	8
ASA	5	5	5	5	5	5	5	5	4.4	4	29	6
JLA	2	5	4	5.0	4	5	5	5	3.4	3	30	8
MM	5	5	5	5.0	5	4	4	3	3.4	2	30	8
AMCIMS	4	5	5	5	4	5	5	5	4.4	4	28	6
EM	2	3	2	3.0	2	3	3	3	3.4	3	26	7
MFCT	3	4	5	4.0	5	5	5	5	4.4	2	24	5
AOJS	5	1	5	5	5	5	5	5	4.4	3	25	8
MFP	0	0	0	0.0	0	0	0	0	4.4	1	28	8
CSO	1	1	1	1.0	1	1	1	1	5	1	30	8
MCC	5	5	5	5.0	5	3	4	3	3.4	1	28	4
IR	4	5	5	5.0	5	4	5	5	3.4	2	30	4
FNOQ	5	5	4	5	5	5	5	5	3.4	3	30	8
MGCL	5	4	4	4.0	4	3	3	3	3.4	3	26	8
RA	4	5	5	5.0	5	4	4	3	3.4	2	29	8
RBSM	2	4	5	5.0	5	5	5	5	2	2	22	4
AFF	2	4	1	1.0	2	2	5	3	1	4	29	4
APRS	3	4	4	4	4	2	3	3	3.4	2	18	8
CHN	4	2	3	3.0	2	2	2	3	3.4	3	20	7
LVA	0	0	0	0.0	0	0	0	0	4.4	3	26	4
MJMS	1	3	3	3.0	1	5	5	5	3.4	2	27	8
XX	0	0	0	0.0	0	0	0	0	2	3	22	8
AMS	4	3	3	3.0	2	5	5	5	3.4	3	28	8
NCK	3	5	5	2	2	3	3	3	4.4	3	29	8
NPSL	4	5	5	4.0	4	3	5	4	3.4	2	27	4

Iniciais	FSF112	FSF113	FSF114	FSF115	FSF116	FSF117	FSF118	FSF119	SF36-1	SF36-2	SF36-3	SF36-4
RBSM	4	4	5	4	4	4	4	4	3.4	4	27	7
ASA	0	0	0	0.0	0	0	0	0	5	1	20	7
WM	5	5	5	5	5	5	5	5	4.4	3	29	8
NMAP	0	0	0	0.0	0	0	0	0	3.4	4	14	4
BSA	5	4	4	4.0	5	5	5	5	4.4	1	30	8
SGAP	5	5	5	5.0	5	5	5	5	3.4	3	30	8
BCA	4	4	5	5.0	5	4	5	5	4.4	2	28	8
WBO	1	1	1	1.0	1	1	1	1	3.4	3	21	4
LDS	5	5	5	5.0	5	5	5	5	3.4	3	27	7
AP	4	2	5	4.0	3	5	5	4	3.4	3	27	8
CAF	4	4	5	5.0	5	3	3	3	3.4	3	29	8
GM	5	5	5	5.0	5	5	5	5	4.4	3	30	8
FD	0	0	0	0.0	0	0	0	0	3.4	2	25	4
SHFA	0	0	0	0.0	0	0	0	0	3.4	1	30	8
QMA	0	0	0	0	0	0	0	0	3.4	3	27	8

Initials	SF36-5	SF36-6	SF36-7	SF36-8	SF36-9A	SF36-9B	SF36-9C	SF36-9D	SF36-9E	SF36-9F	SF36-9G	SF36-9H
VUMSS	6	3	3.1	3	5	2	4	2	3	3	5	5
ACOSUM	6	4	3.1	3	3	5	6	5	3	5	5	4
AOSL	5	4	3.1	3	5	3	6	1	6	6	5	6
SVL	4	5	2	2		5	6	4	2	5	4	6
EGSR	6	3	3.1	4	6	2	6	5	5	6	4	3
LGN	5	4	6	6	5	4	4	5	3	4	3	5
ASA	6	5	3.1	3	4	5	6	4	4	5	5	4
JLA	6	1	6	6	3	3	3	4	4	2	3	4
MM	3	4	6	6	6	2	4	5	6	6	5	6
AMCMS	5	3	3.1	4	5	4	6	5	5	5	5	5
EM	4	4	4.2	3	3	2	4	2	5	2	4	2
MFCT	3	3	3.1	2	4	5	6	2	4	6	5	5
AQJS	5	2	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5
MFP	6	5	4.2	4	3	3	5	3	3	5	6	2
CSO	6	5	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5
MCC	3	2	6	6	6	6	6	6	6	6	5	4
IR	6	5	4.2	5	5	3	6	5	5	5	5	6
FINOQ	3	3	4.2	4	5	2	4	1	5	4	4	4
MGCL	6	3	4.2	3	4	4	4	4	4	3	4	4
RA	6	5	3	4	3	4	6	3	3	6	5	6
RBSM	3	2	3.1	2	1	6	1	5	1	1	1	5
AFF		6	4	6	4	2	6	1	5	4	6	3
APRS	4	3	3.1	1	2	4	5	1	2	4	4	3
CHN	6	3	3.1	3	3	3	5	4	2	4	4	1
LVA	6	5	4.2	4	4	5	5	4	3	5	5	4
MUMS	4	5	3.1	4	4	6	3	2	2	4	3	6
XX	4	4	3.1	4	4	3	5	2	4	5	3	3
AMS	6	4	5.4	4	4	3	5	4	4	4	4	5
NCK	6	5	3.1	5	5	6	6	5	5	6	6	6
NBSL	6	5	3.1	3	5	2	6	5	5	6	3	6

Initials	SF36-5	SF36-6	SF36-7	SF36-8	SF36-9A	SF36-9B	SF36-9C	SF36-9D	SF36-9E	SF36-9F	SF36-9G	SF36-9H
REAP	5	4	3.1	5	4	4	5	4	3	5	4	4
EL	5	4	4.2	4	3	4	4	4	3	4	5	3
KFS	3	5	6	6	3	5	5	4	3	4	6	4
JCP	6	5	5.4	4	6	6	6	6	6	6	5	6
LS	6	5	4.2	5	6	2	6	6	6	6	5	6
VBM	6	3	6	6	5	5	6	5	4	6	5	5
PC	4	2	3.1	3	2	4	2	3	4	3	2	4
LO	4	3	3.1	3	3	5	6	3	3	3	2	4
MPGP	5	3	6	6	6	3	6	3	5	4	5	3
PFM	6	5	5.4	5	5	6	6	6	5	6	6	5
KMO	3	4	5.4	4	4	5	4	4	3	3	2	5
CBSA	3	4	5.4	3	2	4	6	3	1	1	4	6
ERL	6	4	2	1	5	5	6	4	5	5	5	3
KC	6	5	6	6	3	5	6	6	3	6	4	5
NCF	5	4	3.1	3	4	4	6	2	4	3	3	4
EML	3	3	3.1	3	2	5	3	2	2	4	4	2
KB	6	4	4.2	5	4	5	6	5	2	5	6	5
EAOA	6	5	3.1	4	6	3	5	3	6	5	5	6
AOA	5	3	3.1	4	3	4	4	2	3	4	3	3
LLDP	3	3	2	2	2	2	6	1	1	3	4	4
ALS	5	4	5.4	3	3	4	5	4	3	4	5	4
DA	4	3	3.1	3	3	3	4	3	3	4	5	5
LF	5	5	3.1	5	5	5	6	5	5	5	5	6
RAP	3	3	3.1	3	4	3	5	2	2	4	3	3
RM	6	5	5.4	5	4	5	6	5	5	6	6	6
APGL	5	4	3.1	2	4	4	6	3	4	5	6	5
JA	6	5	4.2	5	6	2	6	4	6	5	6	6
LADC	6	4	6	6	4	6	6	5	4	6	6	6
SPS	6	5	4.2	5	3	6	6	2	5	4	5	6
ALS	4	5	4.2	5	4	4	5	4	3	4	5	5

Initials	SF36-9I	SF36-10	SF36-11	EST CMIL	Gr.INST.	COR
REAP	3	4	12	1	3	2
EL	5	2	15	3	3	1
KFS	4	4	18	3	3	1
JCP	5	5	20	3	3	1
LS	2	5	16	1	2	1
VBM	5	5	19	3	3	1
FC	2	3	13	3	3	4
LO	2	3	12	2	3	2
MPGP	5	3	15	3	3	1
PFM	5	5	14	3	3	1
KMO	2	3	12	3	3	4
CBSA	4	5	11	1	3	1
ERL	4	5	16	3	2	1
KC	6	5	16	2	2	1
NCF	3	3	14	1	3	4
EML	4	2	10	3	3	1
KB	5	5	16	3	3	4
EAOA	5	5	20	1	3	2
ACA	3	3	15	3	3	1
LLDP	1	2	12	1	3	1
ALS	4	5	20	4	3	1
DA	3	5	16	3	3	1
LF	5	5	17	1	3	2
RAP	3	3	11	1	3	2
RM	5	5	17	1	3	1
APGL	3	3	17	2	2	1
JA	3	5	20	1	2	1
LADC	4	5	19	1	3	1
SFS	5	5	18	1	3	1
ALS	4	3	18	3	2	2

Initials	SF36-5	SF36-6	SF36-7	SF36-8	SF36-9A	SF39-9B	SF36-9C	SF36-9D	SF36-9E	SF36-9F	SF36-9G	SF36-9H
RBSM	5	4	4.2	5	5	4	6	4	5	4	1	5
ASA	6	5	3.1	4	4	6	6	5	5	4	4	5
WM	6	5	3.1	5	5	4	6	5	5	6	6	5
NMAP	3	3	3.1	3	3	5	5	3	3	5	4	3
BSA	6	3	6	6	4	5	5	4	4	4	5	4
SGAP	6	5	6	6	5	4	5	6	6	6	5	5
BCA	6	5	5.4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
WBO	4	4	3.1	3	4	3	5	3	3	4	5	5
LDS	6	5	6	6	5	4	5	5	5	4	4	4
AP	3	2	5.4	5	4	4	5	4	3	5	5	5
CAF	6	5	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6
GM	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
FD	6	4	4.2	4	2	4	6	3	2	5	3	5
SHFA	6	5	3.1	5	6	4	6	6	6	5	2	6
OMA	6	3	3.1	5	4	3	3	4	4	4	3	5

Initials	SF36-9I	SF36-10	SF36-11	EST CMIL	Gr.JNST.	COR
RBSM	1	3	14	1	2	1
ASA	4	5	20	2	3	1
WM	5	5	20	4	2	2
NMAP	3	4	10	1	2	2
BSA	4	5	19	1	3	2
SGAP	3	4	20	4	2	1
BCA	5	4	16	1	2	2
WBO	4	2	10	1	3	2
LDS	4	5	20	1	3	2
AP	4	4	13	2	2	2
CAF	6	5	20	1	2	1
GM	6	5	20	1	3	1
FD	3	4	18	1	3	2
SHFA	6	2	17	5	2	2
CMA	2	3	17	1	2	1

Initials	SF36-9I	SF36-10	SF36-11	EST CMIL	Gr.JNST.	COR
VUMSS	2	4	18	1	3	1
ACOSUM	3	4	15	1	2	2
AOSL	5	4	20	1	3	2
SVL	4	5	12	2	2	4
EGSR	2	5	11	1	3	1
LGN	3	3	20	1	3	1
ASA	5	5	12	1	3	1
JLA	4	5	20	1	2	1
MM	2	3	17	1	3	2
AMCMS	3	4	13	4	3	1
EM	3	4	11	2	3	1
MFCT	4	5	11	1	2	2
AOJS	5	4	20	4	3	1
MFP	3	3	12	4	2	2
CSO	5	4	16	1	3	2
MCC	2	3	8	1	2	1
IR	3	5	20	1	3	1
FNOQ	5	4	20	1	3	2
MGCL	3	3	12	1	3	1
RA	4	5	18	1	2	1
RBSM	2	3	11	1	2	1
AFF	3	4	8	1	2	2
APRS	4	4	11	1	3	1
CHN	3	4	14	2	3	1
LVA	5	5	11	1	2	2
MJMS	6	5	14	3	2	1
XX	3	2	10	4	2	2
AMS	3	3	16	1	3	3
NCK	5	5	20	1	3	1
NFSL	4	5	18	1	3	1

Controles - Índices

Iniciais	idade	DESEJO	EXCITAÇÃO	LUBRIFICAÇÃO	ORGASMO	SATISFAÇÃO	DOR	FSFI TOTAL
SFS	40	4.8	5.4	6	6	6	6	34.2
ALS	40	3	4.8	5.1	4	5.2	5.6	27.7
VUMSS	41	3	3.3	4.8	4.4	4.8	5.6	25.9
ACOSUM	41	6	6	6	5.2	6	5.6	34.8
AOSL	42	5.4	5.4	6	4.4	6	6	33.2
SVL	42	4.8	5.7	5.7	5.2	5.2	6	32.6
EGSR	43	4.2	4.8	6	5.2	6	4.4	30.6
LGN	43	3	3.6	4.5	4.4	5.2	6	26.7
ASA	44	4.2	5.4	6	6	6	6	33.6
JLA	45	3.6	3.3	6	4.8	5.2	6	28.9
MM	45	3	4.5	3.3	6	6	4.4	27.2
AMCMS	46	3.6	4.8	5.4	5.2	5.6	6	30.6
EM	46	3.6	2.4	4.2	2.8	2.8	3.6	19.4
MFCT	46	6	4.8	5.7	4	5.6	6	32.1
AOS	47	3.6	4.2	4.5	4.4	6	6	28.7
MFP	47	2.4	0	0	0	0	0	2.4
CSO	47	1.2	1.8	3.3	1.6	1.2	1.2	10.3
MCC	48	2.4	5.1	3.6	6	6	4	27.1
IR	50	2.4	5.4	3.3	5.6	6	5.6	28.3
FNOQ	50	4.8	4.8	6	6	5.6	6	33.2
MGCL	50	3.6	3.6	5.7	5.2	4.8	3.6	26.5
RA	50	4.2	4.8	3.6	5.6	6	4.4	28.6
RBSM	51	1.8	2.4	6	3.2	6	6	25.4
AFF	52	1.2	2.7	1.2	3.6	1.6	4	14.3
APRS	53	3	4.2	3	4.4	4.8	3.2	22.6
CHN	54	2.4	2.4	3.9	3.2	3.2	2.8	17.9
LVA	54	3.6	0	0	0	0	0	3.6
MUMS	54	1.2	1.5	2.7	2	2.8	6	16.2

Iniciais	idade	DESEJO	EXCITAÇÃO	LUBRIFICAÇÃO	ORGASMO	SATISFAÇÃO	DOR	FSFI TOTAL
REAP	19	3.6	3.6	4.5	3.6	4.8	4	24.1
EL	24	3.6	4.2	5.7	4.8	4.8	4.8	27.9
KFS	24	6	3.6	4.8	4	4.8	2	25.2
JOP	26	4.8	4.5	6	5.2	6	6	32.5
LS	27	5.4	6	6	6	6	5.6	35
VBM	28	3.6	3.9	3.9	3.6	6	6	27
PC	29	3.6	4.8	4.2	3.2	4.4	4.4	24.6
LO	29	4.8	5.1	5.1	4.8	5.2	5.2	30.2
MPGP	29	5.4	5.4	5.1	5.6	5.6	5.6	32.7
PFM	29	3.6	4.2	6	6	6	5.2	31
KMO	32	2.4	3.3	6	3.6	2.4	6	23.7
CBSA	33	3.6	5.7	6	6	6	6	33.3
ERL	33	5.4	5.1	5.4	5.2	6	6	33.1
KC	33	4.2	6	3.9	5.6	5.2	4.8	29.7
NCF	33	2.4	4.8	5.4	4	3.2	6	25.8
EML	34	3	3	4.8	4	5.2	2.4	22.4
KB	34	3.6	5.1	6	5.2	6	3.6	29.5
EAOA	35	3.6	5.7	5.4	3.6	4.4	4.8	27.5
AOA	36	4.8	6	6	6	6	6	34.8
LLDP	36	3.6	5.4	6	6	5.2	6	32.2
ALS	37	5.4	4.8	5.7	6	5.6	4.8	32.3
DA	37	3.6	5.1	4.8	5.2	6	5.2	29.9
LF	38	4.8	6	6	6	6	6	34.8
RAP	38	3.6	2.7	3	4.4	4.8	3.2	21.7
RM	38	3.6	5.1	6	5.6	6	6	32.3
APGL	40	3	5.7	6	6	6	6	32.7
JA	40	4.8	5.4	6	6	6	6	34.2
LADC	40	3.6	3.6	3.9	3.6	5.6	4.4	24.7

Iniciais	CAPACIDADE FUNCIONAL	LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS	DOR	ESTADO GERAL DE SAÚDE	VITALIDADE	ASPECTOS SOCIAIS
XX	60	100	51	35	50	50
AMS	90	100	74	72	55	62.5
NCK	95	100	61	97	85	100
NBSL	85	0	41	82	65	100
RBSIM	85	75	72	62	40	62.5
ASA	50	75	51	100	65	100
WM	95	100	61	97	85	100
NMAP	20	0	41	42	45	62.5
BSA	100	100	100	92	65	75
SGAP	100	100	100	92	75	87.5
BCA	90	100	74	77	80	87.5
WBO	55	0	41	42	60	50
LDS	85	75	100	92	70	100
AP	85	100	84	57	60	50
CAF	95	100	100	92	100	100
GM	100	100	100	97	100	100
FD	75	0	62	82	30	75
SHFA	100	100	61	77	80	62.5
CMA	85	100	61	77	45	50

Iniciais	CAPACIDADE FUNCIONAL	LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS	DOR	ESTADO GERAL DE SAÚDE	VITALIDADE	ASPECTOS SOCIAIS
SRS	85	100	72	82	70	100
ALS	85	100	72	82	60	75
VLMSS	85	100	41	82	55	62.5
ACOSUM	55	75	41	72	50	75
AOSL	100	100	41	92	85	75
SVL	50	0	20	45	30	100
EGSR	85	100	51	47	65	75
LGN	100	100	100	97	50	62.5
ASA	95	50	41	57	70	100
JLA	100	100	100	92	50	50
MM	100	100	100	77	75	62.5
AMCMS	90	50	51	62	70	62.5
EM	80	75	52	47	55	75
MFCT	70	25	31	52	65	75
AOJS	75	100	100	97	80	50
MFP	90	100	62	57	55	75
CSO	100	100	100	80	80	87.5
MCC	90	0	100	32	75	37.5
IR	100	0	72	92	70	100
FNOQ	100	100	62	92	75	62.5
MGCL	75	100	52	52	55	50
RA	95	100	50	82	55	100
RBSIM	60	0	31	40	5	37.5
AFF	95	0	80	20	70	100
APRS	40	100	21	47	40	62.5
CHN	50	75	41	62	40	62.5
LVA	80	0	62	52	65	100
MJMS	85	100	51	62	55	100

Iniciais	LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS	SAÚDE MENTAL
SRS	100.0	76
ALS	33.3	68
VLMSS	100.0	44
ACOSUM	100.0	80
AQSL	66.7	68
SVL	33.3	84
EGSR	100.0	68
LGN	66.7	68
ASA	100.0	76
JLA	100.0	44
MM	0.0	72
AMCMS	66.7	80
EM	33.3	28
MFCT	0.0	76
AQJS	66.7	80
MFP	100.0	52
CSO	100.0	80
MCC	0.0	92
IR	100.0	80
FNOQ	0.0	40
MGCL	100.0	56
RA	100.0	80
RBSM	0.0	52
AFF	-100.0	44
APRS	33.3	48
CHN	100.0	48
LVA	100.0	72
MUMS	33.3	64

Iniciais	LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS	SAÚDE MENTAL
REAP	66.7	68
EL	66.7	56
KFS	0.0	68
JCP	100.0	100
LS	100.0	84
VBM	100.0	88
RC	33.3	44
LO	33.3	64
MPGP	66.7	56
PFM	100.0	96
KMO	0.0	64
CBSA	0.0	60
ERL	100.0	72
KC	100.0	92
NCF	66.7	56
EML	0.0	44
KB	100.0	84
EADA	100.0	68
ACA	66.7	48
LLDP	0.0	44
ALS	66.7	64
DA	33.3	56
LF	66.7	88
RAP	0.0	48
RM	100.0	92
APGL	66.7	72
JA	100.0	72
LADC	100.0	96

Iniciais	LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS	SAÚDE MENTAL
XX	33.3	52
AMS	100.0	64
NCK	100.0	96
NFSL	100.0	80
RBSM	66.7	72
ASA	100.0	84
WM	100.0	84
NMAP	0.0	64
BSA	100.0	68
SIGAP	100.0	84
BCA	100.0	80
WBO	33.3	60
LDS	100.0	68
AP	0.0	72
CAF	100.0	92
GM	100.0	100
FD	100.0	72
SHFA	100.0	88
CMA	100.0	56

Pacientes - dados

Iniciais	idade	FSFI1	FSFI2	FSFB	FSFI4	FSFI5	FSFI6	FSFI7	FSFI8	FSFI9	FSFI10
TAD	19	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0
HNC	20	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5
MCS	20	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
JGS	25	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0
LO	25	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5
KFS	26	2	4	4	3	2	3	4	5	4	5
BK	28	5	3	4	3	1	3	5	5	4	4
DMD	28	5	3	4	5	3	5	5	5	5	5
NAF	28	4	4	5	5	2	5	5	5	5	5
SCSC	28	3	3	4	3	3	3	5	2	4	3
DB	30	5	3	4	3	1	3	3	3	3	3
MNF	30	5	4	5	4	1	5	5	5	5	5
EFR	32	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0
MCO	32	2	3	2	2	5	4	5	5	5	5
KFS	33	5	3	5	3	1	5	3	4	5	5
AOB	35	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
ESA	35	4	3	3	3	1	4	5	5	5	5
GOS	35	1	1	1	1	4	1	4	4	4	4
NRC	35	2	3	3	3	3	5	5	3	5	5
GGL	36	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
ISS	38	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5
MDL	38	5	4	2	2	2	1	1	1	1	1
ESL	39	5	3	5	5	5	5	3	2	3	5
GMN	39	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0
LMG	39	5	4	4	3	2	4	3	4	4	4
GAS	40	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0
NSG	40	4	3	3	3	2	2	5	4	5	5
RMN	40	2	2	2	2	1	2	2	3	2	3
APS	41	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0
CRF	41	2	3	2	2	1	4	5	5	5	5
EFM	42	2	2	2	2	1	2	5	5	5	5

Iniciais	FSFI11	FSFI12	FSFI13	FSFI14	FSFI15	FSFI16	FSFI17	FSFI18	FSFI19	SF36-1	SF36-2
TAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,4	2
HNC	4	5	2	5	5	5	4	5	4	3,4	2
MCS	5	5	5	3	5	5	5	5	5	2	4
JGS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,4	4
LO	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3,4	3
KFS	3	5	4	5	5	5	5	5	5	3,4	4
BK	5	4	4	5	5	5	4	5	4	2	2
DMD	5	4	5	5	5	5	5	5	5	3,4	3
NAF	5	5	5	4	5	5	5	5	5	2	4
SCSC	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3,4	3
DB	5	5	5	5	2	2	3	5	5	3,4	2
MNF	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5
EFR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
MCO	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3,4	2
KFS	3	4	5	5	4	4	5	5	5	3,4	2
AOB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4
ESA	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3,4	2
GOS	1	1	1	5	2	1	5	5	5	3,4	3
NRC	2	5	5	5	5	5	5	5	5	3,4	2
GGL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,4	2
ISS	5	5	5	5	5	5	4	5	4	3,4	4
MDL	1	1	1	1	1	1	5	5	5	3,4	2
ESL	5	5	5	5	4	4	3	3	4	3,4	2
GMN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,4	1
LMG	5	1	1	5	5	5	4	4	3	3,4	2
GAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,4	1
NSG	4	4	5	5	5	5	4	4	4	2	4
RMN	2	3	2	2	2	2	3	4	4	3,4	3
APS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,4	3
CRF	5	4	2	5	2	2	5	5	5	2	3
EFM	5	5	5	3	2	2	4	5	4	3,1	2

Iniciais	idade	FSFI1	FSFI2	FSFI3	FSFI4	FSFI5	FSFI6	FSFI7	FSFI8	FSFI9	FSFI10
MMJS	58	2	3	3	3	3	3	5	5	5	5
MBC	59	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
SB	59	2	3	3	3	3	5	2	1	4	5
VDO	59	3	4	5	4	4	4	5	5	5	5
SMSN	62	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0
HMN	63	1	1	3	3	5	3	4	5	4	5
ZMS	63	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
AMMD	64	5	3	4	4	5	5	5	4	4	4
MIJB	65	2	3	5	5	5	4	5	3	4	4
BDO	68	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IMS	69	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
MBR	69	1	1	2	1	5	2	5	5	5	5
MJAP	69	4	3	4	4	5	5	2	4	1	1

Initials	FSFI11	FSFI12	FSFI13	FSFI14	FSFI15	FSFI16	FSFI17	FSFI18	FSFI19	SF36-1	SF36-2
MMJS	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	2
MBC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1
SB	5	3	5	2	4	4	3	5	5	3.4	4
VDO	5	5	5	4	5	5	3	5	5	3.4	1
SMSN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4
HMN	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3.4	2
ZMS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
AMMD	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	4
MIJG	5	4	5	4	3	4	5	5	5	2	3
BDO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.4	4
IMS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
MBR	1	1	1	1	1	1	5	5	5	3.4	3
MJAP	5	5	5	1	5	5	5	5	5	3.4	2

Initials	FSFI11	FSFI12	FSFI13	FSFI14	FSFI15	FSFI16	FSFI17	FSFI18	FSFI19	SF36-1	SF36-2
MFN	4	3	4	5	5	5	3	3	3	3.4	2
IAM	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3.4	3
NLFR	5	5	5	5	2	1	2	4	1	3.4	4
ECP	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3.4	1
JPTS	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4.4	4
RSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4
AFB	5	5	5	5	5	2	5	5	5	2	4
DMBS	4	5	5	5	5	5	5	5	5	2	4
OFS	5	4	4	5	3	2	4	5	3	3.4	4
VAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.4	4
EAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
FNDO	3	3	4	5	2	2	5	5	5	3.4	3
MAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.4	2
RPCN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.4	3
AFMNL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.4	1
DOC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.4	4
FMC	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2
MGMA	5	5	5	5	5	5	2	4	2	1	5
SFC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4
VSP	4	4	1	4	3	3	5	5	5	2	4
DFS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
LPM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.4	2
HCG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.4	3
ES	3	3	5	5	5	4	3	4	4	3.4	1
MJCS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.4	2
LMS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5
MEM	4	5	4	4	5	5	3	3	3	3.4	3
NOS	5	5	5	5	4	4	5	5	5	3.4	3
DMMF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.4	3
MJFV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.4	2
MFDA	2	2	2	1	4	4	5	5	5	2	2

Initials	SF36-3	SF36-4	SF36-5	SF36-6	SF36-7	SF36-8	SF36-9A	SF36-9B	SF36-9C	SF36-9D	SF36-9E
MFN	30	8	6	4	3.1	5	6	4	6	6	6
IAM	26	8	6	5	3.1	5	6	6	6	5	4
NLFR	23	5	4	3	2	2	1	6	5	5	2
ECP	26	8	6	3	6	6	5	3	6	4	6
JPTS	30	8	6	5	6	6	4	4	6	5	5
RSA	27	4	3	4	2	4	3	6	2	2	1
AFB	11	4	6	2	1	1	2	4	6	2	3
DMBS	15	4	3	4	5.4	5	6	2	2	2	2
OFB	21	4	3	3	1	3	1	1	1	2	1
VAO	16	4	6	5	2	2	5	4	5	4	1
EAS	15	4	3	1	2	2	1	4	3	1	1
FNDO	29	4	6	5	6	6	6	5	6	5	6
MAS	26	4	3	5	3.1	5	5	4	6	5	3
RPCN	29	8	6	5	6	6	6	6	6	6	6
AFMNL	27	8	6	5	3.1	5	6	6	6	6	4
DOC	24	4	3	2	3.1	2	4	2	3	2	2
FMC	19	4	5	1	2	3	5	6	6	6	5
MGMA	14	4	3	4	2	2	1	1	1	1	1
SFC	27	4	3	5	3.1	5	3	2	4	2	3
VSP	24	4	3	2	3.1	3	1	3	2	3	3
DFS	27	7	4	1	4.2	4	4	2	2	2	1
LPM	21	4	5	4	1	2	6	1	5	1	5
HCG	30	8	6	5	2	4	5	5	5	6	6
ES	29	8	6	5	4.2	4	6	5	6	6	6
MJCS	27	4	6	5	6	6	6	5	6	6	6
LMS	11	4	3	1	2	2	2	2	3	1	1
MEM	30	8	6	5	4.2	5	4	2	6	2	4
NOS	29	4	6	5	6	6	2	6	6	6	2
DMMF	30	7	3	5	6	6	6	2	6	2	6
MJFV	30	8	6	5	4.2	5	5	6	4	4	6
MFDA	15	4	3	4	2	2	1	3	2	1	1

Initials	SF36-3	SF36-4	SF36-5	SF36-6	SF36-7	SF36-8	SF36-9A	SF36-9B	SF36-9C	SF36-9D	SF36-9E
TAD	30	4	6	5	6	6	6	4	6	5	6
HNC	30	8	6	5	3.1	5	2	6	6	3	3
MCS	28	4	3	3	6	6	1	1	1	1	1
JGS	29	4	3	4	6	6	6	5	5	1	6
LO	30	6	4	5	6	6	5	5	5	5	5
KFS	27	8	3	4	4.2	5	2	2	6	2	1
BK	20	6	4	3	3.1	1	3	3	4	3	3
DMD	29	8	3	4	6	6	6	6	6	4	4
NAF	21	4	3	2	4.2	4	1	1	2	2	2
SCSC	30	8	3	3	4.2	3	3	3	3	2	2
DB	30	7	3	3	6	6	1	1	2	1	1
MNF	29	4	3	1	4.2	4	5	2	4	5	4
EFR	29	5	3	1	3.1	3	3	3	5	1	5
MCO	30	8	3	5	6	6	6	5	6	6	6
KFS	27	4	6	3	6	6	3	3	6	2	4
AOB	30	8	6	3	2	5	5	2	4	1	5
ESA	26	8	6	5	2	5	3	2	6	5	4
GOS	30	5	5	5	3.1	4	3	2	3	3	1
NRC	28	8	6	5	4.2	5	4	5	6	3	5
GGL	28	8	6	3	4.2	4	2	2	4	2	2
ISS	29	8	6	5	6	6	6	5	6	3	3
MDL	30	8	6	5	6	6	5	2	6	5	3
ESL	22	4	6	4	3.1	3	6	1	6	4	2
GMN	28	8	3	2	6	6	3	2	4	1	3
LMG	27	4	3	3	3.1	5	2	2	6	1	2
GAS	26	8	3	5	6	6	5	5	6	5	5
NSG	27	4	3	4	4.2	4	2	2	2	1	2
RMN	26	4	6	2	4.2	4	6	2	5	4	6
APS	30	8	3	2	6	6	1	1	1	1	1
CRF	20	4	3	2	2	1	1	2	2	1	1
EFM	30	4	3	4	3.1	5	2	2	5	3	2

Initials	SF36-9F	SF36-9G	SF36-9H	SF36-9I	SF36-10	SF36-11	Est. Civ	Gr. Inst	cor	PASI	Form PX
TAD	6	6	6	3	5	16	3	2	1	3.3	1
HNC	6	4	6	2	5	19	3	3	1	21.2	1
MCS	1	1	1	1	2	4	3	2	1	3	1
JGS	6	6	6	4	3	4	1	2	2	5	1
LO	5	5	5	5	5	20	3	3	1	5	1
KFS	2	2	5	2	3	16	1	3	1	3.6	1
BK	4	5	5	3	5	16	3	2	1	16.2	1
DMD	6	6	6	3	4	16	1	3	1	15	1
NAF	2	2	2	2	2	9	2	2	2	3.8	1
SCSC	5	5	4	5	4	13	1	3	1	0	1
DB	3	3	5	6	2	15	1	2	1	2.4	1
IMNF	5	4	3	1	3	7	3	2	1	11.4	1
EFR	3	1	2	1	2	20	2	3	1	3.1	1
MCO	6	6	6	6	5	15	2	2	1	3.9	1
KFS	6	3	5	1	4	15	1	3	1	1	1
AOB	6	6	1	6	2	15	1	2	1	19	1
ESA	6	4	6	4	5	20	1	2	2	0	1
GOS	4	6	5	2	5	10	1	2	2	0.6	1
NRC	6	6	5	4	5	20	2	3	1	3.9	1
GGL	3	2	2	2	2	12	3	3	1	14.9	1
ISS	5	3	6	5	5	16	3	2	1	7.8	2
MDL	2	3	5	3	5	20	1	2	1	2	1
ESL	2	2	6	2	5	19	1	3	2	3.9	1
GMN	4	6	3	4	2	19	4	3	1	0.8	1
LMG	5	6	6	5	4	19	4	3	1	4	1
GAS	5	6	6	6	5	20	4	2	1	0	1
NSG	2	6	5	1	1	5	1	3	2	19.7	1
RMN	5	2	6	3	3	20	1	2	1	13.1	1
APS	1	1	1	1	2	8	3	2	2	0.6	1
CRF	1	3	1	2	4	8	3	2	1	7.2	1
EFM	5	4	3	2	4	9	1	3	1	2.1	1

Initials	SF36-3	SF36-4	SF36-5	SF36-6	SF36-7	SF36-8	SF36-9A	SF39-9B	SF36-9C	SF36-9D	SF36-9E
MMJS	22	4	3	3	4.2	4	5	1	2	2	4
MBC	30	8	3	3	6	6	6	4	4	2	2
SB	29	8	6	5	3.1	5	3	6	6	4	5
VDO	24	4	3	3	2	2	5	2	3	2	5
SMSN	28	4	3	5	3.1	4	2	5	4	4	2
HMN	30	8	6	5	5.4	5	6	6	6	6	6
ZMS	24	4	6	5	4.2	4	1	2	5	1	2
AMMD	27	6	3	5	2	2	6	6	5	3	2
MUG	20	8	6	5	2	4	3	5	4	3	3
BDO	28	5	4	5	4.2	4	5	3	6	5	5
IMS	24	4	3	5	3.1	2	5	6	5	5	4
MBR	25	4	6	3	4.2	4	6	1	6	6	6
MJAP	26	8	6	5	4.2	5	6	5	6	3	5

Initials	SF36-9F	SF36-9G	SF36-9H	SF36-9I	SF36-10	SF36-11	Est. Civ	Gr. Inst	cor	PASI	Form PX	
MMJS	2	2	5	2	2	8	1	2		1	2	1
MBC	6	6	6	6	2	20	3	3		2	2.9	1
SB	5	6	6	5	5	17	4	3		1	7	1
VDO	4	4	5	2	3	16	4	2		2	0	1
SMSN	4	4	6	4	5	13	1	2		1	5.1	1
HMN	6	6	6	6	5	20	1	2		1	0	1
ZMS	5	6	5	5	5	14	1	3		2	2.4	1
AMMD	4	4	6	3	5	12	1	3		2	3.1	1
MIJG	4	4	2	4	3	13	1	2		2	3	1
BDO	5	6	5	6	5	15	1	2		2	0	1
IMS	4	3	2	4	3	12	1	2		1	3	1
MBR	6	2	5	6	3	18	1	2		1	3.6	1
MJAP	6	6	5	6	5	19	2	2		2	9.6	1

Initials	SF36-9F	SF36-9G	SF36-9H	SF36-9I	SF36-10	SF36-11	Est. Civ	Gr. Inst	cor	PASi	Form PX	
MFN	6	6	6	5	3	20	1	2		2	0.8	1
IAM	6	6	6	4	5	19	1	3		1	18.3	1
NLFR	2	4	6	2	4	15	1	3		2	2.1	1
ECP	6	4	6	4	5	14	1	2		2	1.6	1
JPTS	6	6	6	2	5	20	1	2		1	8.6	1
RSA	1	2	1	1	3	8	4	2		1	7.8	1
AFB	4	2	4	5	1	12	1	2		1	12.8	1
DMBS	1	3	3	3	4	15	4	2		2	1.2	3
OFS	2	2	1	1	1	9	1	3		1	10.7	1
VAO	2	2	5	2	5	12	4	3		1	18.5	1
EAS	2	2	1	2	1	16	1	2		1	5.2	1
FNDO	5	6	6	5	5	20	4	2		1	2.4	3
MAS	6	6	5	6	5	12	4	2		1	0	1
RPCN	6	6	6	6	5	19	5	3		1	2.1	1
AFMNL	6	6	6	6	5	17	4	2		1	0	1
DOC	4	6	3	5	2	12	3	2		2	3.6	1
FMC	6	5	5	4	2	20	4	3		2	9.3	1
MGMA	2	2	2	1	4	4	1	2		1	21.4	5
SFC	2	2	5	2	5	19	4	2		2	9	1
VSP	2	2	2	4	2	5	4	1		2	8	1
DFS	2	6	4	5	2	7	2	1		2	10.2	1
LPM	4	4	5	1	4	11	4	2		2	0	1
HCG	3	6	6	4	5	19	4	3		1	3.6	1
ES	6	5	6	5	5	20	1	2		2	7.8	1
MJCS	6	3	6	6	5	16	1	2		2	1	3
LMS	2	2	2	1	1	4	4	3		2	7	1
MEM	5	3	5	3	5	20	1	2		1	1.8	1
NOS	5	6	6	5	5	19	1	2		1	5.6	1
DMMF	4	5	5	5	5	19	4	2		2	1.2	1
MJFV	6	6	6	6	5	16	4	3		1	3	1
MFDA	4	5	4	1	2	12	1	2		1	0	3

Iniciais	UNHA	TTO	HPP	TE PX	Dx Reum
MFN	0	0	2 DM	7	N
IAM	0	2	HIPOTIREO	8	N
NLFR	1	3	HIPOTIREO	10	5
ECP	1	6	0	25	4
JPTS	0	1	0	34	1
RSA	0	2	EPILEPSIA	18	3
AFB	0	2	DM, FM	26	4
DMBS	1	3	HIPOTIREO	1	N
OFS	0	2	FM, COL	22	3
VAO	0	2	HAS	10	4
EAS	0	3	DISLIPIDEN	19	4
FNDO	0	2	0	2	N
MAS	1	6	0	14	4
RPCN	0	2	TIREO IDOP	19	N
AFMNL	0	6	0	36	4
DOC	0	4	FM, DISLIP	32	3
FMC	1	2	FM	9	3
MGMA	0	4	DM, HIPOT	6	N
SFC	1	4	DÇ CHAGA	10	3
VSP	1	4		30	5
DFS	0	4	FM, DISLIP	8	3
LPM	1	2	HAS, DM	31	N
HCG	0	1	FM	5	3
ES	0	2	HAS	10	N
MJCS	1	2	HAS, DM, C	8	N
LMS	0	2	FM, DM, D	10	3
MEM	0	2	0	29	4
NOS	0	2	HAS, DM, C	21	N
DMMF	0	2	0	4	N
MJFV	0	3	HIPOTIREO	35	1
MFDA	0	2	ARTROSE, C	3	5

Iniciais	UNHA	TTO	HPP	TE PX	Dx Reum	
TAD	0	0	3	0	1	N
HNC	0	0	2	0	20	N
MCS	1	1	1 CONDROPI		8	1
JGS	0	0	2 HAS, DM		12	N
LO	0	0	2	0	10	N
KFS	0	0	2		16	1
BK	0	0	2	0	0,7	N
DMD	1	2	2 SOP		1	N
NAF	0	0	2	0	0,25	N
SCSC	0	0	2	0	10	N
DB	1	6	6 FM		2	3
MNF	0	2	2	0,25		N
EFR	0	0	2	0	12	5
MCO	0	0	2	0	8	N
KFS	1	3	0	0	19	N
AOB	0	0	3 HAS, DM		7	N
ESA	0	0	3 DISLIPIDEN		20	1
GOS	1	1	1	0	4	N
NRC	1	3	3 FM		14	3
GGL	1	2	2 COL		21	1
ISS	0	0	2 DM		15	1
MDL	0	0	2	0	7	N
ESL	0	0	3		15	4
GMN	0	0	2	0	15	N
LMG	0	0	3	0	24	N
GAS	0	0	3 HAS,DM, D		23	N
NSG	1	2	2 HAS,DM, D		16	5
RMN	0	0	2	0	40	3
APS	0	0	4	0	20	N
CRF	1	3	3 FM		5	3
EFM	1	6	6 LES		26	1

Initials	UNHA	TTO	HPP	TE PX	Dx Reum
MMJS		0	2 FM, HAS	10	3
MBC		1	1 HAS	45	1
SB		0	2 OSTEOPART	2	5
VDO		0	1 CARDIO PAT	30	N
SMSN		0	4 HAS, BRON	30	N
HMN		0	6 HAS, DM, C	35	2
ZMS		1	3 HAS, COL	33	5
AMMD		0	2 0	50	5
MUG		1	2 OSTEOP, FI	10	3
BDO		0	1 HAS, DM	2	5
IMS		1	2 FM	13	3
MBR		1	3 HAS	30	2
MJAP		1	4 OSTEOP, H.	20	4

Pacientes Índices

Iniciais	idade	DESEJO	EXCITAÇÃO	LUBRIFICAÇÃO	ORGASMO	SATISFAÇÃO	DOR	FSFI TOTAL
APS	41	3.6	0	0	0	0	0	3.6
CRF	41	3	2.7	6	4.4	3.6	6	25.7
EFM	42	2.4	2.1	6	6	2.8	5.2	24.5
MFN	43	3	3.3	4.2	4.4	6	3.6	24.5
IAM	45	4.2	5.4	6	6	6	6	33.6
NLFR	45	3	3.3	6	6	3.2	2.8	24.3
ECP	46	4.2	4.5	5.4	6	6	6	32.1
JPTS	46	3	3.3	3.6	6	6	6	27.9
RSA	46	1.2	0	0	0	0	0	1.2
AFB	47	3	5.4	6	6	4.8	6	31.2
DMBS	47	3	2.1	3	5.6	6	6	25.7
ORS	47	3	2.7	6	5.2	4	4.8	25.7
VAO	47	2.4	0	0	0	0	0	2.4
EAS	48	2.4	0	0	0	0	0	2.4
FNDO	48	3	4.5	3.6	4	3.6	6	24.7
MAS	48	1.2	0	0	0	0	0	1.2
RPCN	48	3	0	0	0	0	0	3
ARMNL	49	4.8	0	0	0	0	0	4.8
DOC	50	4.2	0	0	0	0	0	4.2
RMC	50	4.2	6	6	6	6	6	34.2
MGMA	50	5.4	4.5	1.2	6	6	3.2	26.3
SFC	50	1.8	0	0	0	0	0	1.8
VSP	50	4.8	3.9	3.3	3.6	4	6	25.6
DFS	51	3	0	0	0	0	0	3
LPM	51	4.2	0	0	0	0	0	4.2
HOG	52	2.4	0	0	0	0	0	2.4
ES	53	1.8	5.4	4.8	4.4	5.6	4.4	26.4
MUCS	53	1.2	0	0	0	0	0	1.2

Iniciais	idade	DESEJO	EXCITAÇÃO	LUBRIFICAÇÃO	ORGASMO	SATISFAÇÃO	DOR	FSFI TOTAL
TAD	19	4.8	0	0	0	0	0	4.8
HNC	20	4.8	5.4	6	4.4	6	5.2	31.8
MCS	20	4.8	6	6	6	5.2	6	34
JGS	25	4.2	0	0	0	0	0	4.2
LO	25	4.2	5.7	6	6	6	6	33.9
KFS	26	3	3.6	5.4	4.8	6	6	28.8
BK	28	4.2	3.3	5.4	5.2	6	5.2	29.3
DMID	28	4.8	5.1	6	5.6	6	6	33.5
NAF	28	4.2	5.1	6	6	5.6	6	32.9
SCSC	28	4.2	3.9	4.2	4	4.8	3.6	24.7
DB	30	5.4	3.3	3.6	6	3.6	5.2	27.1
MMF	30	4.8	4.5	6	6	6	6	33.3
EFR	32	3	0	0	0	0	0	3
MCO	32	3.6	3.9	6	6	6	6	31.5
KFS	33	5.4	4.2	5.1	4.8	5.2	6	30.7
AOB	35	3	0	0	0	0	0	3
ESA	35	4.2	3.3	6	6	6	6	31.5
GOS	35	2.4	2.1	4.8	1.2	3.2	6	19.7
NRC	35	3.6	4.2	5.4	4.8	6	6	30
GGL	36	3	0	0	0	0	0	3
ISS	38	4.8	5.7	6	6	6	5.2	32.7
MDL	38	4.8	2.1	1.2	1.2	1.2	6	16.5
ESL	39	4.8	6	3.9	6	5.2	4	29.9
GMN	39	3	0	0	0	0	0	3
LMG	39	6	3.9	4.5	2.8	6	4.4	27.6
GAS	40	3	0	0	0	0	0	3
NSG	40	4.8	3	5.7	5.2	6	4.8	29.5
RMN	40	3.6	2.1	3	2.8	2.4	4.4	18.3

Iniciais	idade	DESEJO	EXCITAÇÃO	LUBRIFICAÇÃO	ORGASMO	SATISFAÇÃO	DOR	FSFI TOTAL
LMS	55	1.8	0	0	0	0	0	1.8
MEM	56	1.8	4.5	3.9	5.2	5.6	3.6	24.6
NOS	56	1.2	5.4	3.6	6	5.2	6	27.4
DMMF	57	1.2	0	0	0	0	0	1.2
MJFV	57	1.2	0	0	0	0	0	1.2
MFDA	58	2.4	1.2	6	2.4	3.6	6	21.6
MMJS	58	1.2	4.2	6	5.6	6	5.6	28.6
MBC	59	1.2	0	0	0	0	0	1.2
SB	59	1.2	3.9	4.2	5.2	4	5.2	23.7
VDO	59	1.8	5.4	5.7	6	5.6	5.2	29.7
SMSN	62	2.4	0	0	0	0	0	2.4
HMN	63	1.8	4.2	5.4	5.6	6	6	29
ZMS	63	3	0	0	0	0	0	3
AMMD	64	3	5.4	5.1	6	6	6	31.5
MUG	65	1.2	5.7	4.8	5.6	4.4	6	27.7
BDO	68	3	0	0	0	0	0	3
IMS	69	3	0	0	0	0	0	3
MBR	69	1.2	3	6	1.2	1.2	6	18.6
MJAP	69	2.4	5.4	2.4	6	4.4	6	26.6

45.24

Iniciais	LIMITAÇÃO POR			ESTADO GERAL DE		
	CAPACIDADE FUNCIONAL	ASPECTOS FÍSICOS	DOR	SAÚDE	VITALIDADE	ASPECTOS SOCIAIS
TAD	100	100	0	100	72	85
HNC	100	100	100	61	87	35
MCS	90	0	0	100	5	0
JGS	95	0	0	100	12	90
LO	100	50	100	100	92	80
KFS	85	100	100	72	72	15
BK	50	50	21	65	50	75
DMD	95	100	100	72	75	75
NAF	55	0	62	30	15	25
SCSC	100	100	52	57	55	62.5
DB	100	75	100	67	35	37.5
MINF	95	0	62	20	50	25
EFR	95	25	41	85	30	12.5
MCO	100	100	100	67	100	100
KFS	85	0	100	67	35	62.5
AQB	100	100	50	60	90	37.5
ESA	80	100	50	92	55	100
GOS	100	25	51	42	40	100
NRC	90	100	72	92	75	100
GGL	90	100	62	52	20	37.5
ISS	95	100	100	72	65	100
MDL	100	100	100	92	50	100
ESL	60	0	41	87	40	87.5
GMN	90	100	100	87	60	25
LMG	85	0	61	87	55	62.5
GAS	80	100	100	92	90	100
NSG	85	0	62	10	35	37.5
RMN	80	0	62	92	65	37.5

Iniciais	LIMITAÇÃO POR			ESTADO GERAL DE		VITALIDADE		ASPECTOS SOCIAIS
	CAPACIDADE FUNCIONAL	ASPECTOS FÍSICOS	DOR	SAÚDE				
LMS	5	0		20	5	10		0
MEM	100	100		72	92	50		100
NOS	95	0		100	87	55		100
DMMF	100	75		100	87	90		100
MUFV	100	100		72	72	95		100
MFDA	25	0		20	45	20		50
MMJS	60	0		62	25	45		37.5
MBC	100	100		100	100	80		37.5
S8	95	100		61	77	75		100
VDO	70	0		20	72	60		50
SMSN	90	0		51	50	40		100
HMN	100	100		84	92	100		100
ZIMS	70	0		62	55	50		100
AMMD	85	50		20	45	55		100
MUG	50	100		40	50	50		75
BOO	90	25		62	72	90		100
IMS	70	0		31	45	60		75
MBR	75	0		62	82	80		50
MUAP	80	100		72	87	95		100

Iniciais	LIMITAÇÃO POR			ESTADO GERAL DE		VITALIDADE		ASPECTOS SOCIAIS
	CAPACIDADE FUNCIONAL	ASPECTOS FÍSICOS	DOR	SAÚDE				
APS	100	100		100	32	0		25
CRF	50	0		10	25	15		50
EFM	100	0		61	35.5	30		75
MRN	100	100		61	92	95		62.5
IAM	80	100		61	87	80		100
NLFR	65	25		20	67	25		62.5
ECP	80	100		100	62	75		75
JPTS	100	100		100	97	65		100
RSA	85	0		40	25	15		62.5
AFB	5	0		0	45	40		12.5
DMBS	25	0		84	60	50		75
ORS	55	0		20	37	5		25
VAC	30	0		20	52	30		100
EAS	25	0		20	60	10		0
FNDO	95	0		100	92	95		100
MAS	80	0		61	52	80		100
RPCN	95	100		100	87	100		100
ARVINL	85	100		61	77	90		100
DOC	70	0		31	52	65		25
RMC	45	0		30	100	75		12.5
MGMA	20	0		20	0	5		75
SFC	85	0		61	80	30		100
VSP	70	0		41	10	30		25
DFS	85	75		62	15	60		12.5
LPM	55	0		10	47	60		75
HOG	100	100		40	87	85		100
ES	95	100		62	92	90		100
MJCS	85	0		100	72	85		100

Iniciais	LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS	SAÚDE MENTAL
APS	0.0	0
CRF	0.0	8
EFM	0.0	52
MPN	100.0	92
IAM	100.0	96
NLFR	33.3	76
ECP	100.0	80
JPTS	100.0	88
RSA	0.0	28
AFB	100.0	60
DMBS	0.0	20
ORS	0.0	8
VAO	100.0	60
EAS	0.0	24
FNDO	100.0	88
MAS	0.0	84
RPCN	100.0	100
ARMNL	100.0	100
DOC	0.0	36
RMC	66.7	96
MGMA	0.0	8
SFC	0.0	40
VSP	0.0	28
DFS	33.3	28
LPM	66.7	44
HCG	100.0	80
ES	100.0	96
MUCS	100.0	96

Iniciais	LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS	SAÚDE MENTAL
TAD	100.0	88
HNC	100.0	88
MCS	0.0	0
JGS	0.0	72
LO	33.3	80
KFS	0.0	48
BK	33.3	56
DMD	0.0	92
NAF	0.0	16
SCSC	0.0	48
DB	0.0	28
MINF	0.0	56
EFR	0.0	36
MCO	0.0	96
KFS	100.0	68
AOB	100.0	36
ESA	100.0	80
GOS	66.7	48
NRC	100.0	80
GGL	100.0	32
ISS	100.0	80
MDL	100.0	60
ESL	100.0	56
GMN	0.0	36
LMG	0.0	60
GAS	0.0	88
NSG	0.0	28
RMN	100.0	68

Iniciais	LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS	SAÚDE MENTAL
LMS	0.0	20
MEM	100.0	60
NOS	100.0	96
DMMF	0.0	56
MJFV	100.0	84
MFDA	0.0	36
MMJS	0.0	28
MBC	0.0	68
SB	100.0	88
VDO	0.0	44
SMSN	0.0	72
HMN	100.0	100
ZMS	100.0	52
AMMD	0.0	76
MUG	100.0	52
BDO	33.3	76
IMS	0.0	68
MBR	100.0	76
MJAP	100.0	80