

Atividade sexual na espondilite anquilosante

Andrea Lopes Gallinaro¹, Lilian Lie Akagawa², Mariana Hissami Ichiba Otuzi²,
Percival Degraiva Sampaio-Barros³, Célio Roberto Gonçalves³

RESUMO

Objetivo: Analisar a atividade sexual em pacientes com espondilite anquilosante, correlacionando com índices funcionais e de atividade da doença. **Pacientes e métodos:** Foram analisados quanto a dor, fadiga, questionários de atividade de doença (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* – BASDAI), funcionalidade (*Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index* – BASFI) e atividade sexual (utilizando imagens de sete posições sexuais) 32 pacientes com diagnóstico de espondilite anquilosante e 32 controles saudáveis. Após a entrevista, os pacientes foram divididos em dois grupos: grupo A (com atividade sexual) e grupo B (sem atividade sexual). **Resultados:** O grupo B apresentou associação estatística com maior duração da doença ($P = 0,01$), pior funcionalidade ($P = 0,0007$) e maior atividade de doença ($P = 0,03$). Não houve correlação entre idade e capacidade funcional. O homem deitado de costas e a mulher sobre ele foi a posição mais frequente, agradável e menos dolorosa. A figura com a mulher de costas e o homem deitado sobre ela foi a posição menos escolhida. Indivíduos-controle relataram maior frequência e duração mais longa das relações sexuais, menos fadiga e dor, embora a frequência de orgasmos tenha sido semelhante nos dois grupos. **Conclusão:** A natureza crônica da espondilite anquilosante, com pior capacidade funcional e maior atividade da doença, interferiu no comportamento sexual dos pacientes. Quando o sexo se tornou possível, orgasmo e satisfação sexual não diferiram dos controles saudáveis.

Palavras-chave: espondilite anquilosante, sexualidade, doenças reumáticas.

© 2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

INTRODUÇÃO

A sexualidade tem sido descrita como um componente essencial do ser humano e é um aspecto importante na qualidade de vida.¹⁻³ Qualidade de vida, a partir da perspectiva da saúde, pode ser definida como a satisfação geral percebida pelo indivíduo sob vários aspectos da vida, e não apenas ausência de doença.⁴

A limitação física em pacientes com espondilite anquilosante (EA) dificulta a relação sexual e compromete o estado emocional, tornando o sexo ainda mais difícil.^{5,6} Da mesma maneira, a perda da autoestima, a depressão e a percepção de si mesmo pelos outros pode contribuir para a disfunção sexual.^{7,8}

Um estudo entrevistando pacientes com artrite reumatoide (AR) e EA relatou que dor e cansaço são fatores que diminuem a libido e também podem ser relacionados à limitação de mobilidade durante a relação sexual. Já os pacientes com EA referiram que a motivação para o sexo, a intensidade dos orgasmos e a frequência de relações sexuais foram mantidas.⁹

A disfunção sexual é caracterizada pela incapacidade de cumprir plenamente o ato sexual pela diminuição tanto do desejo, da excitação ou do orgasmo.¹⁰ Alguns estudos relataram disfunção sexual na EA e sua associação com depressão, fadiga e falta de mobilidade.^{7,8,11-13} A maioria dos autores refere que um baixo nível de satisfação sexual está presente nesses pacientes.^{7,8,11,12,14} Dois estudos recentes não observaram disfunção sexual na EA.^{15,16} O objetivo deste estudo foi avaliar atividade sexual, fadiga, dor, duração das relações sexuais, orgasmo e satisfação sexual em pacientes com EA e correlacionar essas variáveis com dados demográficos, índices de capacidade funcional e atividade da doença.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram avaliados 32 pacientes consecutivos com diagnóstico de EA, de acordo com os critérios modificados de Nova York,¹⁷ atendidos no ambulatório de espondiloartrites da Divisão de Reumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de

Recebido em 22/11/2011. Aprovado, após revisão, em 05/09/2012. Os autores declaram a inexistência de conflito de interesse. Comitê de Ética: 13300612. Disciplina de Reumatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – HC-FMUSP.

1. Fisioterapeuta; Mestre em reabilitação, Universidade Federal de São Paulo – Unifesp; Pós-Graduanda da Disciplina de Reumatologia, Universidade de São Paulo – USP

2. Fisioterapeuta, Universidade Cidade de São Paulo – UNICID

3. Médico reumatologista; Assistente Doutor da Disciplina de Reumatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina – HC-FMUSP

Correspondência para: Célio Roberto Gonçalves. Disciplina de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455 – 3º andar, Sala 3190 – Cerqueira César. CEP: 01246-903. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: goncalves.reuma@uol.com.br

São Paulo. Os pacientes foram submetidos a uma entrevista direta, na qual foram aplicados os questionários sobre atividade sexual, HAQ-S¹⁸ (*Health Assessment Questionnaire* modificado para EA), e índices funcional (*Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index* – BASFI)¹⁹ e de atividade da doença (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* – BASDAI).²⁰ O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo. Todos os pacientes assinaram consentimento informado antes da participação no estudo.

O protocolo de investigação de atividade sexual apresenta 24 perguntas e sete figuras. Os temas incluem aspectos como dor, fadiga, orgasmos e satisfação sexual. As figuras descrevem as posições sexuais mais comuns: homem sentado com a mulher sentada em cima, de costas para ele (posição A); homem sentado com a mulher sentada em cima de frente para ele (posição B); homem deitado de costas, com a mulher sentada em cima e de frente para ele (posição C); ambos em pé, a mulher de costas para o homem com a coluna fletida (posição D); homem de joelhos, inclinando-se sobre a mulher deitada de costas com as pernas dobradas (posição E); mulher deitada de costas e o homem deitado em cima dela (posição F); homem deitado de costas e a mulher deitada sobre ele de frente para ele (posição G).

O HAQ-S contém 25 questões, das quais 20 são agrupadas em oito componentes que avaliam diferentes aspectos da vida cotidiana relacionadas com a atividade física, enquanto as outras cinco perguntas avaliam características específicas da EA; a faixa de pontuação final varia de 0–3.¹⁸ Dor (geral e à noite) foi avaliada por meio da Escala Visual Analógica (EVA). O BASFI foi usado para avaliar a capacidade funcional, que varia entre 0 e 10.¹⁹ O BASDAI analisa a atividade da doença, podendo variar de 0–10.²⁰

Após a entrevista, os pacientes foram divididos em dois grupos, de acordo com a atividade sexual: grupo A (com atividade sexual, 21 pacientes) e grupo B (sem atividade sexual, 11 pacientes). Os grupos foram estatisticamente homogêneos para idade ($P = 0,06$) e gênero ($P = 0,60$), mas diferentes no estado civil ($P = 0,023$). O grupo ativo apresentou mais pacientes casados que o grupo de inativos.

O grupo-controle (C) consistiu de 32 indivíduos saudáveis que estavam acompanhando algum outro paciente no ambulatório de Reumatologia. Eles foram pareados para idade, gênero e status sociocultural e comparados com os pacientes com EA. A análise estatística foi realizada usando o programa SPSS versão 15. Foi utilizado o teste *t* de Student para comparação de médias e o teste exato de Fisher para as frequências. Os resultados estão apresentados como médias e desvios padrão para as variáveis quantitativas, e em frequências (percentuais) para as variáveis qualitativas. O teste de Mann-Whitney foi

usado para comparar as medidas entre os grupos. Os resultados foram considerados significativos quando $P < 0,05$.

RESULTADOS

Dentre os 32 pacientes com EA, 28 (87,5%) eram homens, com média de idade de $43,9 \pm 10,5$ anos (23–66 anos) e quatro (12,5%) eram mulheres, com média de idade de $47,8 \pm 19,3$ anos (31–74 anos). Vinte e um pacientes eram brancos (65,6%) e 11 não brancos (34,4%). Dezesesseis pacientes eram casados (50%) e 21 tiveram filhos (65,6%). A duração média da doença foi de $12,3 \pm 10,1$ anos (2–49 anos), e a média de idade foi de 28,6 anos (14–51 anos) no início da doença, com maior incidência na quarta década (34,4%).

O grupo C, composto por 32 indivíduos saudáveis, tinha 28 homens com idade entre 21 e 71 anos (média de idade de $38,4 \pm 14,3$ anos) e quatro mulheres com idade entre 19 e 46 anos (média de idade de $35,3 \pm 11,5$). Havia 22 brancos (68,8%) e 10 não brancos (31,2%); 23 eram casados (71,9%) e 20 tiveram filhos (62,5%). Todos os indivíduos se declararam heterossexuais.

O número de pacientes em cada grupo, a idade, a duração da doença, o estado civil, o HAQ-S, o BASFI e o BASDAI e suas correlações estão apresentados na Tabela 1. O grupo B apresentou associação estatística com maior duração da doença ($P = 0,01$), piores resultados de BASFI ($P = 0,0007$) e maior BASDAI ($P = 0,03$). Não houve correlação entre a idade ($P = 0,06$) e a capacidade funcional avaliada pelo HAQ-S ($P = 0,16$). Ao analisar a frequência das relações sexuais no grupo A, oito pacientes (38,1%) referiram mais de três relações por semana; seis (28,6%), duas vezes por semana; e dois pacientes, uma vez por semana (9,5%). Os cinco restantes (23,8%) tiveram relações sexuais esporádicas. A duração da relação sexual variou de 10–30 minutos (duração média: 19,2 minutos). Em relação ao grupo C, 85,7% referiram duas ou mais relações sexuais por semana, com maior tempo médio de relações sexuais, conforme descrito na Tabela 2.

Embora 61,9% tenham relatado dor após o sexo no grupo A, a interrupção do intercurso sexual ocorreu em apenas 9,5%. Esses valores foram estatisticamente significantes em comparação ao grupo C ($P = 0,0002$ e $P = 0,0178$, respectivamente). A mobilidade da coluna estava reduzida em 95,2% desses pacientes. No grupo A, 33,3% relataram cansaço e 28,8% disseram que a doença interferia na relação sexual. Mesmo assim, a satisfação sexual foi alcançada em 85,8% deles, e 71,4% relataram orgasmos frequentes, sem diferença estatística com relação aos controles ($P = 0,7621$; $P = 0,6392$; $P = 1,0$; respectivamente).

Tabela 1

Dados demográficos – grupos A e B

	Grupo A (n=21)	Grupo B (n=11)	Total A + B	P
Homens	19 (90,5%)	9 (81,8%)	28	0,5932
Mulheres	2 (9,5%)	2 (18,2%)	4	0,5932
Casados	14 (66,7%)	2 (18,2%)	16	0,023*
Média de idade (anos)	41,7 ± 10,0	49,5 ± 13,0	43,9 ± 10,5	0,06
Duração da doença (anos)	9,0 ± 6,1	18,4 ± 13,2	12,3 ± 10,1	0,01*
HAQ-S	0,7 ± 0,6	0,8 ± 0,5	0,7 ± 0,6	0,16
BASFI	3,6 ± 1,9	4,5 ± 1,3	4,6 (DP ± 2,3)	0,0007*
BASDAI	3,5 ± 2,2	5,3 ± 2,2	4,2 (DP ± 2,5)	0,03*

*Estatisticamente significante (P < 0,05), teste exato de Fisher.

Tabela 2

Dados relacionados à atividade sexual

	Grupo A (n=21)	Grupo C (n=28)	P
Frequência semanal de relações sexuais (2 ou +)	66,7%	85,7%	0,1687
Casados	66,7%	71,9%	0,7621
Dor pós-relação sexual	61,9%	10,7%	0,0002*
Relação sexual interrompida por dor	9,5%	0	0,01786*
Fadiga	33,3%	28,6%	0,7621
Orgasmo	71,4%	75%	1,0
Satisfação sexual	85,8%	92,9%	0,6392
Ato sexual pleno	71,4%	89,3%	0,1460
Posição menos dolorosa	C	F	
Posição mais prazerosa	C	C	
Duração da relação sexual	19,2 min	34,2 min	

Comparando as limitações decorrentes da doença com as posições escolhidas pelo grupo, foram analisadas as sete posições apresentadas no protocolo da atividade sexual. A posição C foi aceita como mais agradável e menos dolorosa por 21,8% dos pacientes, enquanto a posição F foi a menos escolhida (3,1%), devido às limitações impostas pela doença, principalmente no quadril e na coluna vertebral.

DISCUSSÃO

O presente estudo confirmou que a EA pode alterar o comportamento sexual dos pacientes. Uma das causas dessa disfunção sexual pode estar relacionada à idade,⁸ porém essa associação não foi observada neste estudo, no qual a média de idade dos pacientes foi de 50 anos.

Valores clinimétricos como BASFI, HAQ-S e BASDAI foram semelhantes aos observados na literatura.^{19,21,22} Os valores de HAQ-S foram menores que os relatados em outro estudo nacional.⁴

O fato de pacientes com vida sexual ativa poderem apresentar melhores valores de HAQ-S enfatiza que indivíduos com melhor função física são propensos a ter vida sexual mais plena. Um estudo em doentes com artrite idiopática juvenil mostrou que a doença poliarticular exerce mais influência na capacidade física para a atividade sexual que o envolvimento axial.²³

Os pacientes com EA com vida sexual ativa apresentaram valores de BASDAI menores, sugerindo que maior atividade de doença possa exercer influência limitante em uma relação sexual completa, semelhante ao observado em outros estudos.^{8,12} Os valores médios de BASDAI dos pacientes que

mantinham atividade sexual foram semelhantes ao de outro estudo,¹⁵ que não encontrou nenhuma disfunção sexual em pacientes com EA.

Os pacientes com atividade sexual também apresentaram menores valores de BASFI, indicando que uma melhor capacidade funcional pode contribuir para uma vida sexual ativa, à semelhança de outros trabalhos.^{15,24} Já Dincer *et al.*⁷ não encontraram correlação entre capacidade funcional e atividade de doença em homens com disfunção sexual.

Os principais fatores limitantes para uma boa relação sexual são dor, fadiga, falta de mobilidade e falta de libido.^{1,4,6,9,13,23,25–28} A maioria dos pacientes do grupo A relatou dor após a relação sexual, embora raros casos tivessem necessidade de interrompê-la. A causa dessa dor pode ser explicada pelo envolvimento do esqueleto axial e dos quadris, resultando em uma diminuição da amplitude dos movimentos da coluna, exigindo um esforço extra na realização do ato sexual. A dor que causa a limitação da atividade sexual também pode ser desencadeada pelo medo e pela ansiedade.⁷ Psoríase, associada ou não à inflamação articular, também contribui para baixa autoestima, comprometendo negativamente a imagem corporal para o sexo.^{10,13}

A fadiga, que é uma queixa comum entre pacientes com EA, também pode contribuir para a diminuição do prazer sexual.^{6,27,28} Mesmo assim, a satisfação sexual foi referida por muitos pacientes com EA, que relataram orgasmos frequentes, como observado em estudo clássico.⁹ Não houve significância estatística entre os grupos A e C de acordo com satisfação sexual, fadiga e orgasmos no presente estudo.

Estudo de Elst *et al.*,⁹ analisando pacientes com EA (50 homens e 16 mulheres) e AR (32 homens e 90 mulheres), observou que a posição F foi a preferida pela maioria dos pacientes, ao contrário do presente estudo, em que a posição F foi a menos utilizada. A principal diferença entre os estudos é o franco predomínio de homens no presente estudo. Apesar do comprometimento articular, estes pacientes variaram posições de maneira diferente dos pacientes com AR estudados por Yoshino & Uchida,²⁵ que referiram dificuldades para mudar de posição no ato sexual.

Em uma recente avaliação qualitativa da sexualidade, Helland *et al.*¹³ analisaram 21 pacientes com doenças reumáticas (AR, EA, artrite psoriásica e artrite juvenil). A média de idade e de duração da doença, bem como o valor do HAQ-S, foram semelhantes aos pacientes deste estudo. Estratégias comportamentais para as dificuldades impostas pela doença foram observadas. A postura passiva foi muitas vezes citada pelos pacientes como uma forma de controlar a dor durante o coito. O mesmo resultado foi observado em nosso estudo, em

que a atitude mais passiva do homem (posição C) foi considerada menos dolorosa.

Em resumo, podemos concluir que a atividade de doença, a capacidade funcional e a longa duração da EA podem interferir na realização do ato sexual, mas nem sempre impedem que os pacientes tenham satisfação sexual e atinjam o orgasmo.

REFERENCES

REFERÊNCIAS

1. Quaresma MR, Ferraz MB. The impact of rheumatic disorders in the sexuality of the patients. *Rev Bras Reumatol* 1996; 36(2):57–8.
2. Prady J, Vale A, Hill J. Body image and sexuality. In: Hill J. *Rheumatology nursing: a creative approach*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998; p.109–24.
3. Wells D. *Caring for sexuality in health and illness*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
4. Cury SE, Ferraz MB, Sato EI, Atra E. Qualidade de vida e espondilite anquilosante: estudo-piloto. *Rev Bras Reumatol* 1995; 35(2):77–87.
5. Pitts M. *Sexual health: The psychology of preventive health*. London: Routledge, 1996.
6. Ostensen M. New insights into sexual functioning and fertility in rheumatic diseases. *Best Pract. Res Clin Rheumatol* 2004; 18(2):219–32.
7. Dincer U, Cakar E, Kiralp MZ, Dursun H. Assessment of sexual dysfunction in male patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 2007; 27:561–6.
8. Healey EL, Haywood KL, Jordan KP, Garratt AM, Ryan S, Packham JC. Ankylosing spondylitis and its impact on sexual relationships. *Rheumatology* 2009; 48:1378–81.
9. Elst P, Sybesma T, Van Der Stadt RJ, Prins APA, Hissink MW, Butter A. Sexual problems in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 1984; 27(2):217–20.
10. Araujo DB, Borba EF, Abdo CHN, Souza LAL, Goldenstein-Schainberg C, Chahade WH *et al.* Função sexual em doenças reumáticas. *Acta Reumatol Port* 2010, 35(1):16–23.
11. Pirildar T, Muezzinoglu T, Pirildar S. Sexual function in ankylosing spondylitis: a study of 65 men. *J Urol* 2004; 171:1598–600.
12. Cakar E, Dincer U, Kiralp MZ, Taskaynatan MA, Yasar E, Bayman EO *et al.* Sexual problems in male ankylosing spondylitis patients: relationship with functionality, disease activity, quality of life, and emotional status. *Clin Rheumatol* 2007; 26(10):1607–13.
13. Helland Y, Kjekken I, Steen E, Kvien TK, Hauge M, Dagfinrud H. Rheumatic disease and sexuality: disease impact and self management strategies. *Arthritis Care Res* 2011; 63(5):743–50.
14. Tristano AG. The impact of rheumatic disease on sexual function. *Rheumatol Int* 2009; 29(8):853–60.
15. Bal S, Bal K, Turan Y, Deniz G, Gurgan A, Berkit IK *et al.* Sexual functions in ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 2011; 31(7):889–94.
16. Guenther V, Locher E, Falkenbach A, Gutweniner S, Kopp M, Pfafenberger N *et al.* Body image in patients with ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol* 2010; 28(3):341–7.
17. Van Der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984; 27(4):361–8.

18. Daltroy LH, Larson MG, Roberts WN, Liang MH. A modification of the health assessment questionnaire for the spondyloarthropaties. *J Rheumatol* 1990; 17:946–50.
19. Calin A, Garret S, Whitelock H. A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *J Rheumatol* 1994; 21(12):2281–5.
20. Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol* 1994; 21(12):2286–9.
21. Gallinaro AL, Ventura C, Sampaio Barros PD, Gonçalves CR. Espondiloartrites: Análise de uma série brasileira comparada a uma grande casuística ibero-americana (estudo RESPONDIA). *Rev Bras Reumatol* 2010; 50(5):581–9.
22. Viitanen JV, Heikkila S. Functional changes in patients with spondylarthropathy. A controlled trial of the effects of short-term rehabilitation and 3-year follow up. *Rheumatol Int* 2001; 20:211–4.
23. Packham JC, Hall MA. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: social function, relationships and sexual activity. *Rheumatology* 2002; 41:1440–3.
24. Heikkila S, Ronni S, Kautiainen HJ, Kauppi M. Functional Impairment in spondyloarthropathy and fibromyalgia. *J Rheumatol* 2002; 29(7):1415–8.
25. Yoshino S, Uchida S. Sexual problems of women with rheumatoid arthritis. *Arch Phys Med Rehabil* 1981; 62:122–3.
26. Calin A. Ankylosing Spondylitis. *Clin Rheum Dis* 1985; 11:41–60.
27. Blake DJ, Maisiak R, Alarcon GS, Holley HL, Brown S. Sexual quality of life of patients with arthritis compared to arthritis free controls. *J Rheumatol* 1987; 14:570–6.
28. Hill J, Bird H, Thorp R. Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology* 2003; 42:280–6.