

Comparação da função sexual entre pacientes de ambos os sexos com psoríase e aqueles com artrite psoriásica e sua correlação com lesões genitais

Comparison of sexual function between male and female patients with psoriasis and those with psoriatic arthritis and its correlation with genital lesions

Comparación de la función sexual entre pacientes de ambos sexos con psoriasis y aquellos con artritis psoriásica y su correlación con lesiones genitales

Maria Alice Penetra^{1*}

ORCID: 0000-0002-7119-3845

Virginia Januário²

ORCID: 0000-0002-7060-6855

Marcia Ramos-e-Silva¹

ORCID: 0000-0003-1625-0760

Sueli Carneiro^{1,3}

ORCID: 0000-0001-7515-2365

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

²Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.

³Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Penetra MA, Januário V, Ramos-e-Silva M, Carneiro S. Comparação da função sexual entre pacientes de ambos os sexos com psoríase e aqueles com artrite psoriásica e sua correlação com lesões genitais. Glob Acad Nurs. 2026;7(4):e586. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200586>

*Autor correspondente:

ac.penetra@gmail.com

Submissão: 25-06-2026

Aprovação: 30-07-2026

Resumo

Objetivou-se avaliar a função sexual de pacientes com psoríase e artrite psoriásica e sua relação com o sexo e a presença de lesões genitais. Estudo observacional, analítico e transversal com 120 pacientes (30 homens e 30 mulheres com psoríase e 30 homens e 30 mulheres com artrite psoriásica) com idades entre 18 e 83 anos. A avaliação da função sexual foi realizada por meio dos questionários Quociente Sexual (QS), Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) e Índice Internacional de Função Erétil (IIFE). Os escores médios foram 18,05 para o IIFE, 16,78 para o FSFI e 54,57 para o QS, representando disfunção erétil de leve a moderada, disfunção sexual e função sexual com desempenho de desfavorável a regular, respectivamente. Em relação à presença de lesões genitais, a média do QS foi de 55,85 em comparação com 53,82 nos pacientes sem lesões genitais. Houve correlação positiva entre IIFE e QS ($r = +0,77$) e entre FSFI e QS ($r = +0,83$). A disfunção sexual foi confirmada em pacientes psoriásicos com e sem artrite, independentemente do sexo. No entanto, a presença de lesões genitais não se correlacionou com o grau de disfunção sexual.

Descritores: Psoríase; Artrite Psoriásica; Psoríase Genital; Função Sexual; Quociente Sexual; Disfunção Sexual.

Abstract

The aim was to evaluate the sexual function of patients with psoriasis and psoriatic arthritis and its relationship with sex and the presence of genital lesions. This was an observational, analytical, cross-sectional study involving 120 patients (30 men and 30 women with psoriasis, and 30 men and 30 women with psoriatic arthritis) aged 18 to 83 years. Sexual function was assessed using the Sexual Quotient (SQ), Female Sexual Function Index (FSFI), and International Index of Erectile Function (IIEF) questionnaires. Mean scores were 18.05 for the IIEF, 16.78 for the FSFI, and 54.57 for the SQ, representing mild-to-moderate erectile dysfunction, sexual dysfunction, and sexual performance ranging from unfavorable to fair, respectively. Regarding the presence of genital lesions, the mean SQ was 55.85, compared to 53.82 in patients without genital lesions. There was a positive correlation between IIEF and SQ ($r = +0.77$) and between FSFI and SQ ($r = +0.83$). Sexual dysfunction was confirmed in psoriatic patients with and without arthritis, regardless of sex. However, the presence of genital lesions did not correlate with the degree of sexual dysfunction.

Descriptors: Psoriasis; Psoriatic Arthritis; Genital Psoriasis; Sexual Function; Sexual Quotient; Sexual Dysfunction.

Resumen

El objetivo fue evaluar la función sexual de pacientes con psoriasis y artritis psoriásica y su relación con el sexo y la presencia de lesiones genitales. Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal con 120 pacientes (30 hombres y 30 mujeres con psoriasis y 30 hombres y 30 mujeres con artritis psoriásica) de entre 18 y 83 años de edad. La evaluación de la función sexual se llevó a cabo mediante los cuestionarios Cociente Sexual (QS), Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) e Índice Internacional de Función Erétil (IIFE). Las puntuaciones medias fueron 18,05 para el IIFE, 16,78 para el FSFI y 54,57 para el QS, lo que representa disfunción erétil de leve a moderada, disfunción sexual y una función sexual con un desempeño de desfavorable a regular, respectivamente. En cuanto a la presencia de lesiones genitales, la media del QS fue de 55,85, frente a 53,82 en los pacientes sin lesiones genitales. Se observó una correlación positiva entre el IIFE y el QS ($r = +0,77$) y entre el FSFI y el QS ($r = +0,83$). Se confirmó la presencia de disfunción sexual en pacientes con psoriasis, con o sin artritis, independientemente del sexo. Sin embargo, la presencia de lesiones genitales no se correlacionó con el grado de disfunción sexual.

Descriptores: Psoriasis; Artritis Psoriásica; Psoriasis Genital; Función Sexual; Cociente Sexual; Disfunción Sexual.



Introdução

A psoríase (PsO) é uma doença crônica, multissistêmica, inflamatória, recorrente e desfigurante, com uma lista crescente de comorbidades psicológicas e orgânicas. Afeta a pele, unhas, couro cabeludo e articulações^{1,2}. A prevalência relatada da psoríase na população global varia entre 0,09% e 11,43%, enquanto no Brasil sua prevalência é estimada em 1,3%³.

A artrite psoriásica (AP) é reconhecida como uma condição articular inflamatória associada à doença cutânea na ausência de fator reumatoide. Apresenta uma prevalência de 0,02% a 0,42% na população geral e de 13,8% a 30% entre indivíduos com psoríase⁴.

Ínúmeros transtornos psicológicos, além da depressão, estão associados à doença psoriásica, tais como sentimentos de raiva, vergonha e ansiedade, que podem levar ao isolamento social, disfunção sexual e diminuição da qualidade de vida⁵⁻⁷.

Apesar de muito comuns, as dificuldades sexuais nesses pacientes são raramente descritas na literatura^{8,9}. Diversas hipóteses tentam explicar tal disfunção, incluindo a gravidade da condição cutânea, os efeitos psicológicos causados pela doença, as limitações impossibilitadas pela dor e inflamação articular e/ou periarticular, preocupações com a impressão causada no parceiro sexual e efeitos colaterais de medicamentos utilizados no tratamento^{5,8}.

De acordo com a OMS, a disfunção sexual afeta 40,8% dos pacientes com psoríase. Duarte et al.³, em 2018, constataram que a prevalência em mulheres pode atingir 68%; no entanto, percebeu-se que a presença isolada de lesões genitais não justificaria um percentual tão elevado de disfunção.

As lesões psoriásicas na área genital caracterizam-se por placas finas, eritematosas, brilhantes e bem delimitadas, com períodos de exacerbação e remissão. Causam sofrimento físico e emocional, como prurido intenso, sensação de queimação, dispareunia, piora dos sintomas após o coito, deterioração da saúde sexual e da qualidade de vida¹⁰. Contudo, é subdiagnosticada devido à falta de abordagem médica e às dificuldades do paciente, resultando em tratamento inadequado¹¹. O objetivo deste estudo foi avaliar a função sexual de pacientes com psoríase e artrite psoriásica e sua relação com o sexo e a presença de lesões genitais.

Metodologia

Este estudo transversal, observacional e analítico, foi conduzido em conformidade com as recomendações do STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*), diretriz internacional para relato de estudos observacionais. Foram avaliados 120 pacientes com diagnóstico clínico de psoríase e artrite psoriásica, acompanhados no ambulatório de doenças cutâneo-articulares de um Serviço de Dermatologia de um Hospital Universitário, entre março de 2019 e junho de 2021.

Para o cálculo amostral utilizou-se o programa EpiInfo 3.5.1. O intervalo de confiança foi de 95%, o poder do teste de 80%; tamanho da amostra de 1: 1 (homens/mulheres) e a frequência esperada da exposição

foi 50/100000. O resultado encontrado foi de 30 sujeitos para cada grupo (30 homens e 30 mulheres com PsO e 30 homens e 30 mulheres com AP, totalizando 120 pacientes).

O recrutamento ocorreu por ordem de chegada no dia da consulta de rotina ambulatorial. Incluíram-se pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de psoríase (com ou sem artrite). Foram excluídos indivíduos com doenças autoimunes, condições sistêmicas descompensadas (hepática, renal, metabólica ou cardíaca), déficit cognitivo ou que recusaram a participação.

Dados sociodemográficos, clínicos e de estilo de vida foram obtidos por meio de um instrumento estruturado desenvolvido para descrever a população do estudo. Os dados relacionados ao diagnóstico e tratamento foram coletados dos prontuários médicos dos pacientes, e a avaliação da função sexual foi realizada por meio dos questionários: Índice Internacional de Função Erétil (IIFE), composto por quinze perguntas agrupadas em cinco domínios: função erétil, orgasmo, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação geral. De acordo com a pontuação obtida para cada domínio (pontuações mais baixas denotam a presença de DS), o paciente pode ser classificado nas seguintes categorias de DS: nenhuma (26-30), leve (22-25), leve a moderada (17-21), moderada (11-16) e grave (6-10)¹²⁻¹⁴; o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI), composto por dezenove perguntas que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e que apresenta pontuações variando de 0 a 5 (quanto pior o desempenho sexual, menor a pontuação). O instrumento avalia 6 domínios da sexualidade: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor.

O ponto de corte utilizado para a pontuação total foi de 26,55¹⁵⁻¹⁷; Quociente Sexual Masculino (QS-M) e Quociente Sexual Feminina (QS-F), desenvolvidos e validados no Brasil, compostos por dez perguntas autoaplicáveis com linguagem acessível abrangendo diferentes elementos funcionais e relacionais pertinentes ao desempenho/satisfação sexual de ambos os sexos. O QS-M cobre componentes físicos e emocionais, controle ejaculatório, confiança/qualidade da ereção e satisfação pessoal e do parceiro com as preliminares e coito; já QS-F abrange os domínios de desejo, excitação, orgasmo e seus correlatos psicofísicos. A pontuação total do QS-M e do QS-F varia de 0 a 100. Quanto maior o valor, melhor o desempenho/satisfação sexual, e a pontuação final é categorizada nas seguintes classes de desempenho sexual: 0 a 20 pontos (nulo a ruim), 22 a 40 pontos (ruim a desfavorável), 42 a 60 (desfavorável a regular), 62 a 80 (regular a bom) e 82 a 100 (bom a excelente)^{18,19}.

Embora o IIFE e o FSFI forneçam dados confiáveis, esses instrumentos limitam-se a avaliar as últimas quatro semanas. Considerou-se a hipótese de que essa restrição temporal pudesse distorcer os achados ou inviabilizar a participação de indivíduos temporariamente sem atividade sexual ou sem parceiro no período. Por esse motivo, justificou-se a inclusão conjunta do Quociente Sexual (QS). A escolha dessa ferramenta validada permitiu captar o desempenho e a satisfação sexual de forma mais ampla, cobrindo os últimos seis meses, o que evitou perdas na



Tabela 2. Distribuição das médias do IIFE e FSFI dos pacientes por sexo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019-2021

Sexo	IIFE	FSFI
Masculino	18,05	-
Feminino	-	16,78
Total	18,05	16,78

Nota: IIFE - Índice Internacional de Função Erétil: 17-21 (leve a moderada); FSFI - Índice de Função Sexual Feminina: menor ou igual a 26,5 (disfunção sexual). Média dos valores de IIFE e FSFI, que podem ser comparados com os valores estabelecidos por esses instrumentos.

A Tabela 3 apresenta o padrão da função sexual entre os sexos. Os escores médios foram 64,27 para o QS-M, 44,87 para o QS-F e 54,57 para a amostra total, representando, respectivamente, função sexual com desempenho regular a bom (QS-M) e desempenho de desfavorável a regular no total.

Tabela 3. Distribuição das médias do QS dos pacientes por sexo - Teste t-Student. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019-2021 (n=120)

Sexo	QS
Masculino	64,27
Feminino	44,87
Total	54,57

Nota: QS - Quociente Sexual: 42-60 (desfavorável a regular); 62 a 80 (regular a bom). De acordo com o teste t de Student, há diferença estatisticamente altamente significativa entre as médias de QS do sexo masculino e feminino ($p < 0,001$; IC95% da diferença: 9,07 a 29,73), com um tamanho de efeito médio-grande (d de Cohen = 0,67).

Na Tabela 4, o resultado do questionário do Quociente Sexual foi associado às variáveis, gênero e lesões genitais com significância estatística. Segundo o teste t-Student, não houve significância estatística quando a função sexual foi associada ao acometimento genital. As médias do QS não diferiram pelo fato de ter ou não lesão genital, todavia, o maior escore (desempenho desfavorável a regular) foi encontrado nos pacientes com lesão genital.

Tabela 4. Lesões genitais e médias do quociente sexual - Teste t-Student. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019-2021 (n=120)

Apresentando lesões genitais	QS
Não	53,82
Sim	55,86
Total	54,57

Nota: QS - Quociente Sexual: 42-60 (desfavorável a regular). De acordo com o teste t de Student, não há diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$; IC95% da diferença: -12,41 a 8,33), indicando um tamanho de efeito negligenciável (d de Cohen $\approx 0,07$) para a presença de lesões genitais.

O coeficiente de correlação de Pearson entre as variáveis é demonstrado na Figura 1. A correlação entre as variáveis Índice Internacional de Função Erétil e Quociente Sexual foi positiva e moderadamente forte ($r = +0,77$; IC95%: 0,64 a 0,86), representando um tamanho de efeito grande. De forma semelhante, a correlação entre as variáveis quantitativas Índice de Função Sexual Feminina e Quociente Sexual foi positiva e forte ($r = 0,83$; IC95%: 0,73 a 0,90), indicando um tamanho de efeito muito grande.

amostra e garantiu uma avaliação mais abrangente da realidade dos pacientes¹²⁻¹⁹. Todos os participantes incluídos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer n.º 2.625.979.

As variáveis categóricas foram descritas utilizando frequências e/ou porcentagens, e as variáveis quantitativas foram descritas por média. A identificação da ocorrência de diferenças estatisticamente significativas foi realizada utilizando o teste do qui-quadrado; o teste t de Student também foi utilizado para comparar médias quantitativas, e o coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para verificar o grau de correlação entre duas variáveis numéricas.

Não houve perda de dados ou registros ausentes para as variáveis investigadas, configurando uma amostra de casos completos para todas as análises estatísticas realizadas. O nível de significância estabelecido foi de 5% ($p < 0,05$), sendo calculados os Intervalos de Confiança de 95% (IC95%). A magnitude das associações e das diferenças foi avaliada pelo tamanho do efeito, utilizando-se o Coeficiente Phi (ϕ) para o teste Qui-Quadrado, o d de Cohen para os testes t de Student e os valores do coeficiente r de Pearson para as correlações. Foram utilizados os *softwares*: SPSS V20 e SPHINX.

Resultados

Os 120 pacientes incluídos neste estudo tinham idades entre 18 e 83 anos; 66 (55%) deles estavam na faixa etária entre 51 e 70 anos, com média de 56,13 anos (DP = 13,93); 54 (45%) identificaram-se como pardos; 67 (55,8%) concluíram o ensino médio; 73 (60,8%) são casados; e 72 (60%) estão empregados. A prevalência do acometimento genital é descrita na Tabela 1. Do total, apenas 44 (36,7%) apresentavam lesões genitais.

Tabela 1. Prevalência de acometimento genital em psoríase e artrite psoriásica - Teste Qui-Quadrado. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019-2021 (n=120)

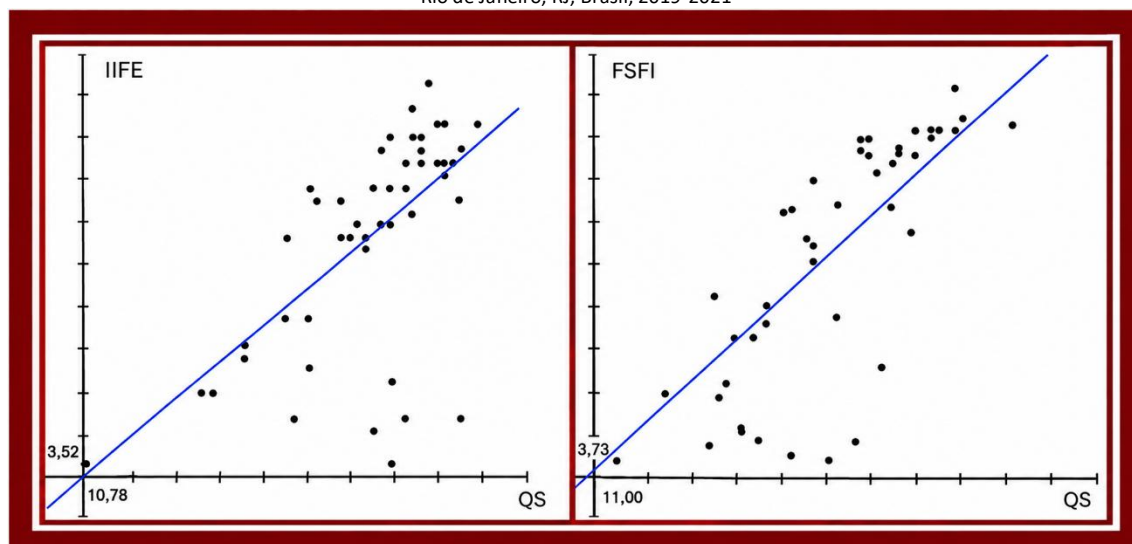
Lesão Genital	N	%	Valor-p
Psoríase	25	41,7	0,257
Artrite psoriásica	19	31,7	

Nota: A dependência não é significativa ($\chi^2 = 1,29$; gl = 1; $p = 0,257$; IC95%: 28,1% a 45,3%). O valor-p de 25,57% garante que não há relação de dependência significativa entre as variáveis existência de lesão genital e o tipo de psoríase, apresentando um tamanho de efeito pequeno (Coeficiente Phi $\phi = -0,10$).

As avaliações do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) e do Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) estão descritas na Tabela 2 (análise descritiva). Os questionários do Quociente Sexual Masculino (QS-M) e do Quociente Sexual Feminino (QS-F) são apresentados na Tabela 3.

A Tabela 2 mostra o padrão da função sexual entre os sexos. Os escores médios foram 18,05 para o IIFE e 16,78 para o FSFI; os quais, comparados aos valores estabelecidos por esses indicadores, representam disfunção erétil de leve a moderada e disfunção sexual, respectivamente.





Nota: QS - Quociente Sexual; IIFE - Índice Internacional de Função Erétil; FSFI - Índice de Função Sexual Feminina.

Discussão

Existem poucos estudos focados na psoríase genital e suas implicações para os indivíduos e seus relacionamentos¹⁰.

Em relação à associação entre a presença de lesões genitais e a doença cutânea ou articular, não foi encontrada relação de dependência significativa entre as variáveis, o que significa que ter ou não lesões genitais não depende do tipo de psoríase. A prevalência de psoríase genital em nosso estudo foi inferior à encontrada em um estudo recente com 262 participantes, no qual foi identificada uma alta prevalência de psoríase genital atual ou passada (46,1%)¹¹.

Ao avaliar a função sexual/desempenho sexual por meio do Índice Internacional de Função Erétil e do Índice de Função Sexual Feminina, os homens apresentaram disfunção erétil de leve a moderada, enquanto as mulheres apresentaram disfunção sexual^{14,17}. Os questionários aplicados apresentam uma pontuação de corte que foi obtida em indivíduos saudáveis, sendo considerados alterados os valores abaixo do mínimo estabelecido. Estudos anteriores com pacientes com artrite reumatoide e psoríase mostraram que existe um risco maior de alteração na função sexual em comparação com indivíduos saudáveis^{5,12,20}. A relação entre a gravidade da doença, saúde psicossocial, síndrome metabólica e saúde sexual em 52 pacientes do sexo masculino com psoríase também mostrou um efeito negativo da doença na função sexual masculina, com maior incidência de disfunção erétil nos pacientes do que nos controles²¹.

Outro estudo avaliou a disfunção sexual em 30 pacientes e sua relação com a gravidade da doença e encontrou uma média de FSFI significativamente menor no grupo de pacientes do que no grupo de controle²².

A análise do desempenho sexual por meio do Quociente Sexual mostrou um padrão melhor de desempenho sexual no sexo masculino (regular a bom) do que no sexo feminino (desfavorável a regular), o que corrobora achados semelhantes em uma amostra de 220

pacientes com psoríase¹. Esses dados reforçam a ideia de que as mulheres são mais suscetíveis às consequências psicológicas e sexuais negativas da psoríase do que os homens. Essa diferença entre os sexos também foi descrita por outros pesquisadores, e alguns deles consideraram o sexo feminino como um fator de risco para disfunção sexual na psoríase¹.

Outros estudos descreveram o impacto negativo da psoríase na função sexual em pacientes de ambos os sexos, independentemente de comorbidades e idade avançada²³.

Neste estudo, apesar de os pacientes com psoríase genital apresentarem uma pontuação de QS ligeiramente superior (55,86), esta, ainda se situou abaixo do nível considerado regular a bom (62 a 80). As médias do Quociente Sexual não diferiram em relação à presença (55,86) ou ausência (53,82) de lesões genitais e nem em relação à média geral do QS (54,57)^{18,19}. Nossos achados são, de certa forma, consistentes com os resultados obtidos em um estudo com uma amostra de 487 pacientes com psoríase, que também utilizou dois instrumentos para medir a saúde sexual de homens e mulheres. Não foi encontrada diferença significativa na função sexual entre pacientes com e sem lesões genitais no sexo masculino, enquanto no sexo feminino foi observada uma piora significativa da vida sexual no grupo com lesões genitais²⁴. De acordo com uma revisão sistemática que selecionou oito artigos, a disfunção sexual distribuiu-se igualmente entre mulheres com e sem lesões genitais⁵.

Uma revisão sistemática com 14 estudos enfatizou que pacientes com a área genital afetada apresentam maior sofrimento sexual em comparação àqueles sem o envolvimento da região²⁵.

Um estudo recente observou que lesões psoriásicas na face, região genital e mãos correlacionam-se com problemas sexuais, mas sem diferenças significativas entre homens e mulheres²⁶.

Em uma revisão de 28 estudos, constatou-se que o acometimento genital esteve associado à disfunção sexual

na maioria das pesquisas, estando diretamente relacionado à esquiva e à diminuição da frequência sexual. Apesar de a região genital ser um local comumente afetado na psoríase com prevalência estimada entre 33% e 63%, essa condição pode passar despercebida durante a consulta devido à vergonha ou à falta de conveniência, seja por parte do paciente ou do próprio profissional de saúde⁸.

Mesmo que esse aspecto não seja rotineiramente avaliado por dermatologistas e reumatologistas, é fundamental que a psoríase genital seja abordada com regularidade nos atendimentos. Essa conduta é indispensável para evitar o comprometimento da saúde sexual e mental dos pacientes, garantindo-lhes um tratamento otimizado e mais bem direcionado^{27,28}. Golding sugere que a avaliação da função sexual deve fazer parte do atendimento de rotina para pacientes ambulatoriais de dermatologia e reumatologia²⁹.

O quociente sexual tem sido utilizado para analisar a função sexual de receptores de transplante renal, incontinência urinária, mulheres na menopausa, mensuração da dor durante a atividade sexual, qualidade de vida sexual de idosos, entre outros³⁰⁻³³. Recentemente, o QS foi utilizado apenas em pacientes com AP, em um estudo observacional e transversal com uma amostra composta por 12 homens e 11 mulheres que mostrou função sexual significativamente prejudicada, com base nos escores do FSFI, e nos homens, disfunção sexual de acordo com os escores do IIFE. No entanto, os pesquisadores não encontraram correlação entre os escores do QS-F e FSFI ou entre os escores do QS-M e IIFE³⁴.

O presente estudo é o primeiro a utilizar o Quociente Sexual (QS) para avaliar a função sexual de indivíduos com psoríase e artrite psoriásica, identificando uma correlação positiva e inédita com os escores mais complexos do IIFE e FSFI. Dada a sensibilidade do tema tanto para os pacientes quanto para a equipe de saúde, sugere-se a utilização do QS por ser uma ferramenta rápida, autoaplicável, de linguagem acessível e validada no Brasil, abrangendo elementos funcionais e relacionais pertinentes ao desempenho e à satisfação sexual de ambos os sexos.

Muitos estudos utilizam o DLQI para avaliar a função sexual devido ao seu uso rotineiro na prática clínica, baseando-se em apenas uma questão desse índice, o que pode ser útil na triagem inicial de dificuldades sexuais. Por outro lado, embora o uso de ferramentas específicas como o IIFE e o FSFI forneça informações mais amplas, tratam-se de questionários extensos e demorados, o que dificulta a aplicação na rotina assistencial diária²³. Essa abordagem combinada viabiliza o mapeamento global da sexualidade, configurando uma investigação inédita nesta população. Diante disso, este estudo destaca-se ao demonstrar que o

Quociente Sexual surge como uma alternativa viável e eficaz para a investigação ativa da saúde sexual pela equipe de enfermagem, promovendo um cuidado integral ao paciente.

A assistência a indivíduos com doença psoriásica exige competências técnicas e conhecimento científico especializado. Nesse cenário, o enfermeiro desempenha um papel fundamental no manejo clínico, fornecendo suporte para suas necessidades, educação em saúde e ênfase na adesão contínua ao tratamento³⁵⁻³⁷.

Avaliar o paciente de forma integral, considerando aspectos emocionais e sexuais além dos sintomas físicos, amplia a possibilidade de oferecer um cuidado holístico, atuando diretamente nos impactos psicossociais da doença e mitigando os efeitos negativos que ela causa na vida das pessoas afetadas.

As limitações encontradas foram dificuldades na compreensão de algumas perguntas dos questionários de sexualidade devido aos baixos níveis socioeconômico e cultural, as quais foram reduzidas pelo uso de linguagem mais acessível; a ausência de estudos utilizando o Quociente Sexual em pacientes com doença psoriásica. Os achados possibilitam novas investigações em populações maiores.

Conclusão

Este estudo confirmou a disfunção sexual em pacientes com psoríase ou artrite psoriásica, independentemente do sexo. O sexo masculino apresentou leve disfunção erétil e desempenho sexual regular a bom, enquanto o sexo feminino mostrou disfunção sexual e desempenho sexual desfavorável a regular. Por meio desta análise, podemos afirmar que existe uma diferença significativa entre os sexos masculino e feminino, observando também que os distúrbios sexuais são mais acentuados no sexo feminino. No entanto, a presença de lesões genitais não se correlacionou com o grau de disfunção sexual, nem houve relação de dependência significativa entre as variáveis de presença de lesão genital e doença cutânea ou articular. O efeito da psoríase na saúde sexual pode estar ligado a vários fatores; assim, sugerimos que os pacientes sejam avaliados de forma abrangente. Os achados reforçam a importância da abordagem multiprofissional na assistência a pacientes com doença psoriásica incluindo suporte psicológico e sexológico com o objetivo de discutir causas e reduzir a disfunção sexual.

Financiamento

Este trabalho foi financiado pela CAPES-PROEX (Bolsa de Estudos) e FAPERJ (Bolsa de Doutorado).

Agradecimento

Os autores agradecem a todos os participantes.

Referências

1. Alariny AF, Farid CI, Elweshahi HM, Abbood SS. Psychological and sexual consequences of psoriasis vulgaris on patients and their partners. *J Sex Med*. 2019;16(12):1900-11. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.012>
2. Campos BPS, Gomes GDC, Braz AS, Vilela AT. Cardiovascular risk factors and risk measurement in patients with psoriatic arthritis in a university hospital. *Int J Cardiovasc Sci*. 2020;33(2):112-8. <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20190076>



3. Duarte GV, Calmon H, Radel G, Oliveira MFP. Psoriasis and sexual dysfunction: links, risks, and management challenges. *Psoriasis (Auckl)*. 2018;8:93-9. <https://doi.org/10.2147/PTT.S159511>
4. Queiro R, Cañete JD, Montilla C, Abad M, Montoro M, Gómez S, et al. Minimal disease activity and impact of disease in psoriatic arthritis: a Spanish cross-sectional multicenter study. *Arthritis Res Ther*. 2017;19(1):72. <https://doi.org/10.1186/s13075-017-1277-1>
5. Kurizky PS, Mota LMH. Sexual dysfunction in patients with psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review. *Rev Bras Reumatol*. 2012;52(6):943-8. <https://doi.org/10.1590/S0482-50042012000600012>
6. Koyama RVL, Gadelha MSM, Nascimento LAA. Analysis of the clinical and epidemiological profile of patients with psoriatic arthritis in a rheumatology outpatient clinic in the Amazon region. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2021;19(3):170-5.
7. Bu J, Ding R, Zhou L, Chen X, Shen E. Epidemiology of psoriasis and comorbid diseases: a narrative review. *Front Immunol*. 2022;13:880201. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.880201>
8. Molina-Leyva A, Salvador-Rodríguez L, Martínez-López A, Ruiz-Carrascosa JC, Arias-Santiago S. Association between psoriasis and sexual and erectile dysfunction in epidemiologic studies: a systematic review. *JAMA Dermatol*. 2019;155(1):98-106. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2018.3591>
9. Kurizky PS, Martins GA, Carneiro JN, Gomes CM, Mota LMH. Evaluation of the occurrence of sexual dysfunction and general quality of life in female patients with psoriasis. *An Bras Dermatol*. 2018;93(6):801-6. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20187044>
10. Meeuwis KAP, Bleakman AP, Van de Kerkhof PCM, Dutronc Y, Hennegues C, Kornberg LJ, et al. Prevalence of genital psoriasis in patients with psoriasis. *J Dermatolog Treat*. 2018;29(8):754-60. <https://doi.org/10.1080/09546634.2018.1453125>
11. Yi OS, Huan KY, Har LC, Ali NM, Chiang TW. Genital psoriasis: a prospective, observational, single-centre study on prevalence, clinical features, risk factors, and its impact on quality of life and sexual health. *Indian J Dermatol*. 2022;67(2):205. https://doi.org/10.4103/ijd.ijd_1002_20
12. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997;49(6):822-30. [https://doi.org/10.1016/S0090-4295\(97\)00238-0](https://doi.org/10.1016/S0090-4295(97)00238-0)
13. Ferraz MB, Ciconelli M. Tradução e adaptação cultural do índice internacional de função erétil para a língua portuguesa. *Rev Bras Med*. 1998;55:35-40.
14. Gonzáles AN, Sties SW, Wittkopf PG, Mara LS, Ulbrich AZ, Cardoso FL, et al. Validation of the International Index of Erectile Function (IIFE) for use in Brazil. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(2):176-82. <https://doi.org/10.5935/abc.20130141>
15. 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. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
16. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(1):1-20. <https://doi.org/10.1080/00926230590475206>
17. Pacagnella RC, Martinez EC, Vieira EM. Construct validity of a Portuguese version of the Female Sexual Function Index. *Cad Saude Publica*. 2009;25(10):2333-44. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000022>
18. Abdo CHN. Development and validation of the sexual quotient - male version: a scale to assess men's sexual function. *RBM Rev Bras Med*. 2006;63(1):42-6.
19. Abdo CHN. Female sexual quotient: a Brazilian questionnaire to assess women's sexual activity. *Diagn Treatment*. 2009;14(2):89-90.
20. Villarino MR, Sancho JJA, Ferrer MLÁM. Evaluation of the sexual sphere in patients with psoriatic arthritis. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2023;19(5):249-54. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2022.11.001>
21. Saygin H, Tosun M, Ozturk A, Ergin IE, Kiraç E, Asdemir A, et al. Effects of psoriasis and metabolic syndrome on male sexual functions. *J Mens Health*. 2021;17(3):91-5. <https://doi.org/10.31083/jomh.2021.047>
22. Nassar AA, Ibrahim AM, Salem HMM. The effect of psoriasis on female sexual function. *Egypt J Hosp Med*. 2021;84(1):1686-9. <https://doi.org/10.21608/ejhm.2021.181891>
23. Molina-Leyva A, Jiménez-Moleón JJ, Naranjo-Sintes R, Ruiz-Carrascosa JC. Sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29(4):649-55. <https://doi.org/10.1111/jdv.12845>
24. Meeuwis KAP, Hullu JA, Van de Nieuwenhof HP, Evers AWM, Massuger LFAG, Van de Kerkhof PCM, et al. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *Br J Dermatol*. 2011;164(6):1247-55. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10249.x>
25. Yang EJ, Beck KM, Sanchez IM, Koo J, Liao W. The impact of genital psoriasis on quality of life: a systematic review. *Psoriasis (Auckl)*. 2018;8:41-7. <https://doi.org/10.2147/PTT.S169389>
26. Kędra K, Janeczko K, Michalik I, Reich A. Sexual dysfunction in women and men with psoriasis: a cross-sectional questionnaire-based study. *Medicina (Kaunas)*. 2022;58(10):1443. <https://doi.org/10.3390/medicina58101443>
27. Ryan C. Genital psoriasis: the failure of dermatologists to identify genital involvement. *Br J Dermatol*. 2019;180(3):460-1. <https://doi.org/10.1111/bjd.17536>
28. Schielein MC, Tizek L, Schuster B, Ziehfrennd S, Biedermann T, Zink A. Genital psoriasis and associated factors of sexual avoidance - a people-centered cross-sectional study in Germany. *Acta Derm Venereol*. 2020;100(6):adv00151. <https://doi.org/10.2340/00015555-3485>
29. 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.10066.x>
30. Fernandes DR, Clímaco ILCM, Lopes MLH, Lima ACC, Moreira MAP, Carneiro SCS. Factors related to sexual function in kidney transplant patients. *Rev Recien*. 2021;11(36):423-33. <https://doi.org/10.24276/rrecien2.356>
31. Silva NSP, Uchôa SM, Carvalho VCP, Uchôa EPBL. Prevalence of male sexual dysfunction in young adults. *Conjecturas*. 2021;21(6):36-53. <https://doi.org/10.53660/CONJ-132>
32. Houtman J, Feng T, Eilber KS, Anger JT. Female sexual dysfunction: is it a treatable disease? *Curr Urol Rep*. 2016;17(4):28. <https://doi.org/10.1007/s11934-016-0588-0>
33. Souza EVJ, Souza CS, Silva BFF, Siqueira LR, Silva CS, Sawada NO. Sexual function positively correlated with older adults' sexuality and quality of life. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(Suppl 4):e20210939. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0939>



34. Lobo JN, Ramos LMA, Mont'Alverne ARS, Carvalho JF, Rodrigues CEM. Sexuality and sexual dysfunction in patients with psoriatic arthritis: a cross-sectional study. *North Clin Istanb.* 2024;11(3):191-200. <https://doi.org/10.14744/nci.2023.58751>
35. Silva AKS, Pereira F, Lima GR, Valadares GS, Albuquerque GSA, Xavier LP. Psoriasis performance of nursing professionals and the impact on patients' quality of life: a literature review. *Cienc Saude.* 2022;116:1-10.
36. Soares VL, Gomes MQC, Sousa JMM, Carvalho PS, Palitot EB, Soares MJGO. Exploring scientific evidence on self-care actions in patients with psoriasis. *Rev Enferm Atual Derme.* 2021;95(35):e-021185. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.35-art.1155>
37. Arruda CS, Nogueira E, Oliveira MS, Pereira ER, Silva RMCRA. Nursing advances and challenges in scientific production on psoriasis. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(1):168-75. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100025>

