

Revista Brasileira de Reumatologia



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution Non-Commercial, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado. Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042015000500458&lng=en&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt. Acesso em: 10 abr. 2018.

REFERÊNCIA

ALMEIDA, Pedro Henrique Tavares Queiroz de et al. Como o reumatologista pode orientar o paciente com artrite reumatoide sobre função sexual. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 55, n. 5, p. 458-463, set./out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042015000500458&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2014.08.009>.



REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

www.reumatologia.com.br



Artigo de revisão

Como o reumatologista pode orientar o paciente com artrite reumatoide sobre função sexual[☆]



Pedro Henrique Tavares Queiroz de Almeida^{a,b}, Clarissa de Castro Ferreira^{c,*},
Patricia Shu Kurizky^b, Luciana Feitosa Muniz^d e Licia Maria Henrique da Mota^b

^a Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil

^b Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

^c Hospital Regional de Ceilândia, Ceilândia, DF, Brasil

^d Hospital Universitário de Brasília, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 7 de dezembro de 2013

Aceito em 17 de agosto de 2014

On-line em 24 de outubro de 2014

Palavras-chave:

Disfunção sexual

Artrite reumatoide

Sexualidade

R E S U M O

A sexualidade, parte integrante da vida humana e da qualidade de vida, é uma das responsáveis pelo bem-estar individual. A disfunção sexual pode ser definida como alteração em algum componente da atividade sexual e pode acarretar frustração, dor e diminuição dos intercursos sexuais. Embora se saiba que doenças crônicas, como a artrite reumatoide (AR), influenciam a qualidade da vida sexual, a disfunção sexual ainda é pouco diagnosticada, o que se deve a dois motivos: tanto os pacientes deixam de relatar a queixa por vergonha ou frustração quanto os médicos pouco questionam seus pacientes a esse respeito. Os reumatologistas estão cada vez mais dispostos a discutir domínios que não estão diretamente relacionados com o tratamento medicamentoso das doenças articulares, como qualidade de vida, fadiga e educação dos pacientes. A sexualidade, no entanto, é muito pouco abordada. O objetivo desta revisão é apresentar alguns conceitos úteis ao reumatologista para orientação do paciente com AR quanto à função/disfunção sexual, considerações relativas ao papel desse profissional no sentido de instruir o paciente, noções gerais sobre função sexual, incluindo conceitos práticos sobre posições sexuais mais adequadas para portadores de AR, e abordagem multidisciplinar da disfunção sexual.

© 2014 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

How the rheumatologist can guide the patient with rheumatoid arthritis on sexual function

A B S T R A C T

Sexuality, an integral part of human life and quality of life, is one of those responsible for our individual welfare. Sexual dysfunction can be defined as a change in any component of sexual activity, which may cause frustration, pain and decreased sexual intercourse. Although it is known that chronic diseases, such as rheumatoid arthritis (RA), influence the

Keywords:

Sexual dysfunction

Rheumatoid arthritis

Sexuality

[☆] Trabalho idealizado e feito no Serviço de Reumatologia, Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: ferreira.clarissa@gmail.com (C.d.C. Ferreira).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2014.08.009>

0482-5004/© 2014 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

quality of sexual life, sexual dysfunction is still underdiagnosed, due to two reasons: both patients fail to report the complaint because of shame or frustration, and this subject is rarely called into question by doctors. Rheumatologists are increasingly willing to discuss areas which are not directly related to drug treatment of joint diseases, such as quality of life, fatigue, and education of patients; however, sexuality is rarely addressed. The aim of this review is to present some useful concepts to Rheumatologists for orientation of their patients with RA with respect to sexual function/dysfunction, some considerations concerning the role of these professionals in order to instruct the patient, general notions about sexual function, including practical concepts about the more appropriate sexual positions for patients with RA, and a multidisciplinary approach to sexual dysfunction.

© 2014 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

A sexualidade, parte integrante da vida humana e da qualidade de vida, é uma das responsáveis pelo bem-estar individual. Não se refere apenas ao ato sexual em si, mas a todo o espectro que vai desde a autoimagem e a valorização do “eu” até a relação com o outro.¹

A disfunção sexual pode acarretar frustração, dor e diminuição dos intercursos sexuais.² Embora se saiba que doenças crônicas podem influenciar a qualidade da vida sexual, a disfunção sexual ainda é pouco diagnosticada, o que se deve a dois motivos: tanto os pacientes deixam de relatar a queixa por vergonha ou frustração quanto os médicos pouco questionam seus pacientes a esse respeito.^{3,4}

Nosso grupo tem pesquisado a prevalência de disfunção sexual em mulheres com diagnósticos de diversas doenças reumáticas, incluindo lúpus eritematoso sistêmico (LES), artrite reumatoide (AR), esclerose sistêmica (ES), síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF), fibromialgia, psoríase e artrite psoriásica.^{5,6}

Temos observado que um dos componentes que podem dificultar a abordagem do assunto com o paciente e, consequentemente, o tratamento adequado é a falta de orientação sobre função sexual por parte do médico. O funcionamento sexual é uma área negligenciada da qualidade de vida em pacientes com doenças reumáticas.¹

A aparente falta de interesse do médico em relação à função sexual de seus pacientes poderia ser explicada por fatores como limitação do tempo de consulta, mal-estar quando se discute sexualidade (por parte do médico e do paciente), incertezas sobre o papel do médico e competência relativa a questões da sexualidade de seus pacientes.^{1,4,7,8}

O ciclo de resposta sexual consiste das 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 dos 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.⁹⁻¹¹

A disfunção sexual encontra-se diretamente ligada ao funcionamento inadequado de uma das fases que compõem o ciclo sexual. Segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.), as disfunções sexuais caracterizam-se por uma perturbação no desejo sexual e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual e causam sofrimento acentuado e dificuldade interpessoal.¹²

A AR pode influenciar a função sexual em diversos aspectos.¹³ As razões para perturbações no funcionamento sexual são multifatoriais e incluem aspectos relacionados à própria doença, bem como ao tratamento.

Em estudo de nosso grupo (dados não publicados) que avaliou 68 mulheres com diagnóstico de AR inicial (com menos de um ano de sintomas no momento do diagnóstico), encontramos elevada frequência de disfunção sexual (79,6% das pacientes com vida sexual ativa), número superior à da maioria dos estudos anteriores feitos em pacientes com AR estabelecida.^{1,4,13-15}

Em um segundo estudo,⁵ que avaliou 163 pacientes com diagnósticos de doenças reumáticas diversas, incluindo 24 pacientes com diagnóstico de AR estabelecida, encontramos disfunção sexual em 18,4% do total de pacientes avaliadas e em 8,3% das pacientes com AR. É importante citar que 24,2% do total de pacientes e 17% das pacientes com AR não apresentavam atividade sexual no período da pesquisa.

Abdel-Nasser et al. mostraram em seu estudo que mais de 60% das pacientes do sexo feminino com AR apresentavam dificuldade de desempenho sexual (incapacidade sexual) e diminuição significativa do impulso sexual. Essa incapacidade esteve relacionada, entre outros fatores, a atividade da doença, dor e incapacidade, avaliada pelo HAQ.⁷

Dor, rigidez matinal, edema de articulações e fadiga podem levar à diminuição do interesse sexual, assim como dificultar o ato sexual. Além disso, a baixa autoestima e a imagem negativa do corpo, que comumente afetam os portadores de AR, são fatores psicológicos relevantes.^{1,4,7,9}

Também contribuem para a deterioração da saúde sexual em pacientes com AR: percepção da imagem corporal negativa, diminuição da mobilidade articular e da força muscular, rigidez matinal e desempenho insatisfatório nas atividades físicas diárias. As drogas usadas no tratamento também podem levar à disfunção sexual.¹⁶ Entre as drogas

modificadoras do curso da doença (DMCD) sintéticas, há relatos de disfunção sexual com o uso do metotrexato (MTX). Embora seja, geralmente, bem tolerado, há relatos de diminuição da libido, impotência sexual e desenvolvimento de ginecomastia em homens após o início da administração. Entretanto, a ocorrência de disfunção sexual com baixas doses de MTX é rara. Há melhoria dos sintomas após algumas semanas de interrupção ou redução da dose da medicação.¹⁷ Impotência sexual já foi relatada com o uso de hidroxiclórico e sulfassalazina.¹⁶

Os corticosteroides podem ter efeitos colaterais com grande impacto na função sexual e alterar a imagem corporal, bem como levar a depressão e psicose. Medicamentos usados para tratamento de comorbidades, como a fibromialgia, também podem influenciar a função sexual dos pacientes com AR. Os antidepressivos tricíclicos e os inibidores de recaptção de serotonina podem levar à diminuição da libido e dificultar o alcance do orgasmo.¹⁸

O papel do reumatologista na orientação do paciente com artrite reumatoide sobre função sexual

Panush et al. descrevem uma estratégia de abordagem e orientação sobre função sexual, a qual chamaram de PLISSIT (permissão, informação limitada, estratégias específicas e terapia intensiva).¹⁹ Permissão consiste em questionar o paciente sobre disfunção sexual, permitir-se e mostrar-se aberto ao diálogo. Mostrar ao paciente que seus problemas sexuais podem ser amenizados. Além disso, incentivar a conversa com o parceiro é fundamental, já que o outro precisa ter conhecimento das dificuldades do casal.^{19,20}

O segundo passo consiste em fornecer e buscar informações sobre a disfunção sexual. Nessa etapa, deve-se estabelecer a causa do problema – falta de libido, dor, fadiga, secura vaginal, ansiedade, medo de não ter um bom desempenho ou de não satisfazer o parceiro são possíveis causas.¹⁹

A terceira fase consiste em desenvolver estratégias específicas para cada problema. O baixo desejo sexual pode ser contornado com a substituição de medicações, a psicoterapia e a redução do estresse. A testosterona transdérmica pode ser usada em mulheres com baixos níveis de testosterona ou naquelas submetidas à menopausa cirúrgica.²¹ Quanto ao ressecamento vaginal, óleos lubrificantes ou cremes intravaginais de estrogênio podem ser usados.¹⁹ Com relação à dor e à fadiga, a prática de diferentes posições sexuais, o descanso antes do ato sexual e o uso de relaxantes

musculares ou analgésicos são recomendados.^{19,20} O uso de apoios nas articulações ajuda na manutenção das posições sexuais e o calor na forma de compressas tem efeito na redução da rigidez articular. Recomenda-se, ainda, tomar um banho morno antes do intercurso sexual para relaxamento muscular.

A artroplastia do quadril pode auxiliar em casos de imobilidade articular. As indicações para essa cirurgia estão crescendo. Lafosse et al. aplicaram um questionário a 135 pacientes pós-artroplastia de quadril e a grande maioria referiu melhoria na vida sexual, principalmente as mulheres, pelo fato de a cirurgia permitir maior variedade de posições sexuais.²²

Homens com artrite podem desenvolver impotência, geralmente de origem psicogênica. Nesses casos, os inibidores da fosfodiesterase podem ser usados e têm nível de evidência A na disfunção erétil orgânica, psicogênica e medicamentosa.¹⁸

O quarto passo seria o encaminhamento ao terapeuta sexual caso as outras estratégias falhem. Em algumas situações, a disfunção sexual do casal está além da artrite.¹⁹

A *tabela 1* resume recomendações sobre disfunção sexual discutidas anteriormente.

Orientações quanto à mudança nas posições feitas durante a atividade são fundamentadas em princípios de proteção articular e conservação de energia. O conceito envolve a educação do paciente para os corretos alinhamento e movimentação articular, com base em princípios de biomecânica, além da adoção de estratégias de divisão e organização da rotina diária para evitar a fadiga, reduzir a dor e manter um nível ótimo de funcionalidade ao longo do dia.²³

Como a maior parte das atividades de vida diária, as atividades sexuais são desenvolvidas por meio de experiências pessoais, que definem e modificam a maneira como as relações ocorrem entre os parceiros.²⁰ Dessa forma, a orientação deve ser individualizada, fornecida em momento apropriado e com linguagem acessível, a fim de permitir a relação dos conceitos ilustrados pelo profissional de saúde com exemplos do cotidiano do paciente e facilitar a compreensão e a incorporação das orientações à sua rotina.²⁴

Posições que podem ser adotadas por pacientes e parceiros envolvem redução da amplitude de movimento das articulações do quadril e do joelho, troca de decúbitos, uso de mobília, travesseiros e demais apoios como forma de minimizar o esforço necessário para a manutenção postural.²⁵ Mudanças nas posições já adotadas pelo paciente podem facilitar o processo de adaptação e incorporação das instruções (*fig. 1*).

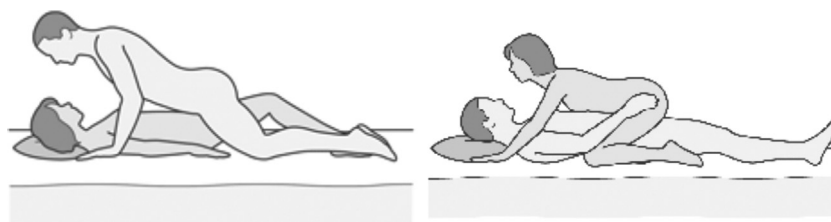


Figura 1 – À esquerda, evita-se que a mulher faça abdução do quadril, flexão dos joelhos e da coluna, além de permitir o repouso dos membros superiores, uma vez que o parceiro faz a abdução do quadril e sustenta seu peso durante a atividade sexual. Variação dessa posição, à direita, pode ser adotada caso o homem apresente AR. Arthritis information: sex and arthritis; reproduzido com permissão da Arthritis Research UK.

Tabela 1 – Recomendações ao paciente com diagnóstico de artrite reumatoide sobre função/disfunção sexual

Orientações gerais	Discutir os problemas com o parceiro, explorar novas posições sexuais, usar analgésicos e relaxantes musculares antes do ato sexual. Usar calor para aliviar a dor e a rigidez articular (compressas, banho morno).
Secura vaginal	Usar lubrificantes, cremes vaginais de estrógeno.
Disfunção erétil	Administrar Sildenafil, fazer terapia sexual.
Falta de libido	Avaliar possível troca de medicações, técnicas para redução do estresse, reposição de testosterona em casos específicos.



Figura 2 – Posição em decúbito lateral; observa-se redução da amplitude de movimento do quadril e dos joelhos, além de alinhamento da coluna lombar. Arthritis information: sex and arthritis; reproduzido com permissão da Arthritis Research UK.



Figura 3 – A paciente apresenta restrições à mobilidade do quadril e dos joelhos. Além do conforto proporcionado pela amplitude de movimento reduzida, a posição permite reduzir o esforço necessário para a manutenção postural. Arthritis information: sex and arthritis; reproduzido com permissão da Arthritis Research UK.

Dentre as modificações propostas, a combinação entre mudanças de decúbito e redução da amplitude de movimento articular são opções para a maior parte dos pacientes que apresentam dores articulares, tanto em membros superiores quanto inferiores (fig. 2).

O posicionamento em decúbito lateral permite que o paciente reduza o esforço necessário para a sustentação do corpo durante a atividade sexual. Além disso, o alinhamento articular da coluna, do quadril e do joelho pode ser mantido com o auxílio de almofadas e travesseiros, o que possibilita a redução da dor.

Embora o uso dos membros superiores possa ser necessário, algumas posições (fig. 3) permitem o repouso dessas estruturas, evitam que sejam usadas para a sustentação do peso corporal e podem ser sugeridas a pacientes que apresentem restrições e deformidades articulares nos membros inferiores.

Além de mudanças nas posições, as modificações ambientais permitem a execução da atividade de forma mais próxima

da habitual para o paciente e favorecem o desempenho da atividade sexual sem maiores alterações. O objetivo dessas alterações é promover descarga de peso sobre outras superfícies e possibilitar ao paciente menor gasto energético e momentos de repouso durante a atividade sexual por meio de suportes e apoios, que podem ser obtidos com a própria mobília, com travesseiros e almofadas. A figura 4 demonstra exemplos de alterações simples que podem ser adotadas por pacientes em diversos estágios da doença.

É importante que a equipe também aconselhe o paciente sobre outras formas de expressão de sua sexualidade: toques, carícias, beijos e sexo não penetrativo também podem fazer parte das atividades sexuais do paciente. Além disso, intervenções que objetivem a melhoria dessas atividades contribuem para um melhor relacionamento entre pacientes e seus parceiros e favorecem o empoderamento frente ao processo de adoecimento e, conseqüentemente, a qualidade de vida.²⁶



Figura 4 – Em ambas as situações, a paciente apoia-se sobre a cama ou o mobiliário, evita a descarga de peso sobre os membros superiores e permite a feitura da atividade sexual com redução da mobilidade do quadril e dos joelhos. Arthritis information: sex and arthritis; reproduzido com permissão da Arthritis Research UK.

Abordagem multidisciplinar da disfunção sexual

Devido à multiplicidade e à complexidade das formas de expressão da sexualidade, a abordagem do paciente com disfunções sexuais envolve aspectos amplos e temáticas de difícil abordagem, cujo manejo requer a formação de vínculos e um ambiente que possibilite a compreensão de aspectos além de queixas físicas, como fatores emocionais e sociais.^{2,14,27}

Dessa forma, o cuidado do paciente feito por uma equipe multiprofissional permite o desenvolvimento de ações nos diversos níveis de complexidade da atenção à saúde. Essas ações devem abordar os diferentes contextos das atividades desenvolvidas pelo pacientes em seu cotidiano, incluindo a expressão de sua sexualidade.^{25,26,28}

Nessa perspectiva, o psicólogo atua ao favorecer o manejo de problemas emocionais referentes ao processo de adoecimento e de implicações desses sobre o relacionamento afetivo e sexual do paciente.^{27,29} Intervenções para controle da dor, aumento da mobilidade e incremento da força muscular, que proporcionam melhoria da capacidade física do paciente, são feitas por meio de atendimento fisioterapêutico²⁹ e do acompanhamento por profissional de educação física,³⁰ a fim de promover redução de sintomas objetivos relacionados à AR, como fadiga, dor e restrições ao movimento articular. Orientações sobre a organização da rotina e a proteção das articulações durante atividades de vida diária, bem como a indicação de tecnologias assistidas para modificar objetos e ambientes, são demandas atendidas por terapeutas ocupacionais.^{27,31}

Conclusões

O conhecimento pelo reumatologista e por outros profissionais de saúde do impacto que a AR promove na sexualidade é de grande importância, uma vez que facilita a discussão médico-paciente sobre a influência da doença em diversos domínios da qualidade de vida do paciente e permite o aprimoramento do tratamento da AR, que engloba a atenção às dificuldades sexuais do paciente.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

Os autores agradecem à fundação Arthritis Research UK por gentilmente ter permitido a reprodução das imagens que ilustram este artigo.

REFERÊNCIAS

- Tristano AG. The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatol Int.* 2009;29:853-60.
- Clayton A, Ramamurthy S. The impact of physical illnesses on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med.* 2008;29:70-88.
- Lara LAS, Silva ACJRS, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30:312-21.
- Perdriger A, Solano C, Gossec L. Why should rheumatologists evaluate the impact of rheumatoid arthritis on sexuality? *J Bone Spine.* 2010;77:493-5.
- Ferreira C, De C, Da Mota LM, Oliveira AC, de Carvalho JF, Lima RA, Simaan CK, et al. Frequency of sexual dysfunction in women with rheumatic diseases. *Rev Bras Reumatol.* 2013;53:35-46.
- Kurizky PS, Mota LM. Sexual dysfunction in patients with psoriasis and psoriatic arthritis – a systematic review. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52:943-8.
- Abdel-Nasser AM, Ali EI. Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2006;25:822-30.
- Britto MT, Rosenthal SL, Taylor J, Passo MH. Improving rheumatologists' screening for alcohol use and sexual activity. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154:478-83.
- West SL, Vinikoor LC, Zolnoun D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annu Rev Sex Res.* 2004;15:40-172.
- Costa VLA. Aspectos da sexualidade do portador da psoríase: relato de um caso. São Paulo: Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.
- 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;7:2637-60.
- OMS. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- El Miedany Y, El Gaafary M, El Aroussy N, Youssef S, Ahmed I. Sexual dysfunction in rheumatoid arthritis patients: arthritis and beyond. *Clin Rheumatol.* 2012;31:601-6.
- Araújo DB, Borba EF, Abdo CHN, Souza LAL, Goldstein-Schainberg C, Chahade WB, et al. Função sexual em doenças reumáticas. *Acta Reumatol Port.* 2010;35:16-23.
- Van Berlo WTM, Van de Wiel HBM, Taal E, Rasker JJ, Weijmar Schultz WCM, Van Rijswijk MH. Sexual functioning of people with rheumatoid arthritis: a multicenter study. *Clin Rheumatol.* 2007;26:30-8.
- Yilmaz H, Polat HAD, Yilmaz SD, Erkin G, Kucuksen S, Salli A, et al. Evaluation of sexual dysfunction in women with rheumatoid arthritis: a controlled study. *J Sex Med.* 2012;9:2664-70.
- Aguirre MA, Velez A, Romero M, Collantes E. Gynecomastia and sexual impotence associated with methotrexate treatment. *J Rheumatol.* 2002;29:1793-4.
- Heidelbaugh JJ. Management of erectile dysfunction. *Am Fam Physician.* 2010;81:305-12.
- Panush SR, Mihailescu GD, Gornisiewicz MT, Sutaria HS. Sex and Arthritis. *Bulletin of Rheumatic Diseases.* 2000;49:1-6.
- Relationships, Intimacy and Arthritis Booklet 2010, Disponível em <<http://www.arthritiscare.org.uk>> Acesso em: 10 out 2013.
- Palacios S. Hypoactive sexual desire disorders and current pharmacotherapeutic options in women. *Women's Health.* 2011;7:95-107.
- Lafosse JM, Tricoire JL, Chiron P, Puget J. Sexual function before and after primary total hip arthroplasty. *Joint Bone Spine.* 2008;75:189-94.
- Stultjens EM, Dekker J, Bouter LM, Van Schaardenburg D, Van Kuyk MA, Van den Ende CH. Occupational therapy for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;1:CD003114.
- Hammond A, Niedermann K. Patient education and self-management. In: Dziedzic K, Hammond A, editors. *Rheumatology: evidence-based practice for physiotherapists*

- and occupational therapists. United Kingdom: Elsevier; 2010. p. 78-93, cap. 6.
25. Josefsson KA, Gard G. Women's experiences of sexual health when living with rheumatoid arthritis – An explorative qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2010;15:240.
 26. Helland Y, Kjekken I, Steen E, Kvien TK, Hauge MI, Dagfinrud H. Rheumatic diseases and sexuality: disease impact and self-management strategies. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011;63:743-50.
 27. Helland Y, Dagfinrud H, Kvien TK. Perceived influence of health status on sexual activity in RA patients: associations with demographic and disease-related variables. *Scand J Rheumatol.* 2008;37:194-9.
 28. Hill J. The impact of rheumatoid arthritis on patients' sex lives. *Nurs Times.* 2004;100:34-5.
 29. Hill J, Bird H, Thorpe R. Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology.* 2003;42:280-6.
 30. Larkin L, Kennedy N. Correlates of physical activity in adults with rheumatoid arthritis: a systematic review. *J Phys Act Health.* 2013. Aug 19.
 31. Hammond A. What is the role of the occupational therapist? *Best Prac Res Cl Rh.* 2004;18:491-505.