

CICERO AUGUSTO DE SOUZA

**IMPACTO DA CAPACIDADE FÍSICA SOBRE A QUALIDADE DA
VIDA SEXUAL EM PORTADORES DE DOENÇA ARTERIAL
CORONARIANA**

Dissertação de Mestrado

Florianópolis

2010

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO ESPORTE - CEFID
COORDENADORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO**

CÍCERO AUGUSTO DE SOUZA

**IMPACTO DA CAPACIDADE FÍSICA SOBRE A QUALIDADE DA
VIDA SEXUAL EM PORTADORES DE DOENÇA ARTERIAL
CORONARIANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *Strictu Sensu* do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte da Universidade do Estado de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciência do Movimento Humano.

Orientador: Dr Fernando Luiz Cardoso

Florianópolis

2010

CÍCERO AUGUSTO DE SOUZA

**IMPACTO DA CAPACIDADE FÍSICA SOBRE A QUALIDADE DA
VIDA SEXUAL EM PORTADORES DE DOENÇA ARTERIAL
CORONARIANA**

Dissertação de Mestrado aprovada como requisito para obtenção do grau de mestre, no curso de Pós Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina

Banca Examinadora:

Orientador:

**Dr. Fernando Luiz Cardoso
CEFID/UDESC**

Membro:

**Dra. Elaine Cristina Catão
Centro Universitário Radial / SP**

Membro:

**Dr. Magnus Benetti
CEFID/UDESC**

Membro:

**Dra. Fabiana Flores Sperandio
CEFID/UDESC**

Membro:

**Dr. Artur Haddad Herdy- Suplente
UNISUL**

**Florianópolis
Março de 2010**

A todas as pessoas que acreditaram
que um dia isso tudo se tornaria
realidade. Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que participaram da construção desta obra.

À Deus, que planejou comigo os projetos e fomentou a base de todo o caminho trilhado.

Ao professor e orientador Dr. Fernando Luiz Cardoso, pela oportunidade que ofertou e possibilitou ao concluir mais essa etapa da vida acadêmica. Agradeço, ainda, a compreensão dispensada ao longo do curso e nos momentos de orientação.

Aos colegas do Laboratório de Gênero, Sexualidade e Corporeidade, por compartilhar momentos em sala de aula e fora dela. Em especial a mestranda Rozana Silveira, por dividir os momentos desde a inscrição para seleção do mestrado até hoje, e que deve continuar pra vida toda.

Ao amigo Márcio Borgonovo que, da monografia da graduação até esta dissertação, esteve por perto e auxiliou na finalização destes trabalhos.

Aos colegas do Instituto de Cardiologia que entenderam o propósito do estudo e auxiliaram na da coleta de dados. Ou simplesmente àqueles que não atrapalharam seu andamento.

Enfim, à minha grande família, pai, mãe, irmão, amigos, que, incansavelmente, torceram por mim e por esse trabalho. Às vezes, quando nem eu acreditava, eles estavam aqui, do meu lado, simplesmente torcendo.

Muito obrigado a todos!

“O homem sobrevive a terremotos, e epidemias, os horrores das doenças e todas as torturas da alma, mas a tragédia mais atormentadora de todos os tempos tem sido, é e será a tragédia da cama.”

Tolstoi

RESUMO

SOUZA, Cicero Augusto de. **Impacto da capacidade física sobre a qualidade da vida sexual em portadores de doença arterial coronariana**. Dissertação de Mestrado: Centro de Ciências da Saúde e do Esporte - UDESC. Florianópolis, 2010.

O presente estudo foi dividido em três pesquisas distintas, cujos objetivos foram: 1) Avaliar o nível de orientação recebida pelos pacientes sobre atividade sexual após o infarto; 2) avaliar o nível de conhecimento, conforto e abordagem do cardiologista a respeito da atividade sexual de seus pacientes, e; 3) Verificar a relação entre capacidade física e desejo, satisfação e frequência sexual em portadores de coronariopatia. No primeiro estudo, participaram 58 pacientes através de entrevista sobre as informações recebidas da equipe de saúde durante a internação ou no atendimento ambulatorial. No segundo, 108 médicos cardiologistas responderam a um questionário anônimo e auto-responsivo, com questões referentes a conhecimento, conforto e abordagem frente às situações que envolvem atividade sexual. No terceiro estudo participaram 84 sujeitos do sexo masculino, 42 com doença coronariana e 42 do grupo controle. Para análise estatística foi utilizada frequência, estatística descritiva, qui-quadrado para variáveis categóricas, Teste t para amostras independentes, Teste de Correlação de Spearman. No estudo 1, os dados revelaram que os pacientes são pouco orientados nos aspectos da vida sexual e que essa desinformação gera medo e ansiedade, dificultando o retorno pleno às atividades sexuais. As mulheres dificilmente são orientadas e os homens discutem mais o assunto porque iniciam a conversa com seus médicos. O segundo estudo mostrou a dificuldade dos cardiologistas em abordar o assunto, e os níveis de conforto são menores quando o paciente é do sexo oposto ao seu. Médicos com maior titulação acadêmica abordam mais o assunto. O terceiro estudo mostrou que a satisfação sexual em portadores de DAC tende a ser menor que a de homens sem doença arterial. Estes pacientes apresentam mais episódios de angina no coito e dificuldades na ereção e ejaculação. Porém, à medida que a capacidade física aumenta nesse grupo, aumenta também a satisfação geral com a vida sexual, que por sua vez correlaciona-se com maior frequência e satisfação sexuais. Tais dados revelam a importância de se discutir o assunto sexualidade com o paciente com DAC e de se estimular a praticar exercícios físicos para retornar a qualidade da vida sexual prévia.

Palavras-chave: capacidade física, atividade sexual, doença arterial coronariana, cardiologistas.

ABSTRACT

SOUZA, Cicero Augusto de. **Impact of physical fitness on sexual life quality in patients with coronary artery disease.** Master Dissertation: Centro de Ciências da Saúde e do Esporte – UDESC. Florianópolis, 2010.

This study was divided into three different researches, whose goals were: 1) Assess the level of orientation given by patients about sexual activity after infarction, 2) assess the level of knowledge, comfort and approach of the cardiologist about the sexual activity of their patients, and 3) investigate the relationship between physical fitness and sexual desire, satisfaction and sexual frequency in patients with coronary artery disease. The first study involved 58 patients through an interview about information received from health staff during hospitalization or ambulatory care. In the second, 108 cardiologists responded to a questionnaire anonymous and self-responsive with questions relating to knowledge, comfort and forward approach in situations that involve sexual activity. The third study involved 84 male subjects, 42 with coronary disease and 42 group control. For the Statistical analysis was used frequency, descriptive statistics, chi-square test for categorical variables, t test for independent samples, Spearman Correlation Test. In study One, the data revealed that patients are poorly oriented about sexual life aspects and this misinformation creates fear and anxiety, making difficult to return to full sexual activity. Women are rarely oriented and men discuss this issue further because them starts the conversation with doctors. The second study showed the difficulty of cardiologists broach the subject, and comfort levels are lower when the patient is the opposite sex. Physicians with higher academic degrees discuss the theme further. The third study showed that sexual satisfaction in patients with CHD tends to be lower than men without arterial disease. These patients have more episodes of angina during coitus and difficulty in erection and ejaculation. However, as the physical capacity increases in this group, also increases the overall satisfaction with sexual life, which in turn correlates with higher frequency and sexual satisfaction. These data demonstrate the importance of discussing the subject-matter sexuality with patients with CAD and to encourage physical exercise to return the quality of previous sexual life.

Keywords: physical fitness, sexual activity, coronary artery disease, cardiologists.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| TABELA 1 - DADOS DEMOGRÁFICOS DOS PACIENTES | 50 |
| TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E ORIENTAÇÕES..... | 51 |
| TABELA 3 – PERFIL DEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES CARDIOLOGISTAS | 58 |
| TABELA 4 – RESPOSTAS POSITIVAS SOBRE AUTO-AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, CONFORTO E ABORDAGEM DOS CARDIOLOGISTAS SOBRE ATIVIDADE SEXUAL. | 59 |
| TABELA 5 – PERCENTIL DE ACERTOS NO TESTE DE CONHECIMENTOS..... | 61 |
| TABELA 6 – AUTOCONHECIMENTO X DADOS DEMOGRÁFICOS | 62 |
| TABELA 7 – CONFORTO X DADOS DEMOGRÁFICOS | 63 |
| TABELA 8 – ABORDAGEM X DADOS DEMOGRÁFICOS | 63 |
| TABELA 9 – TESTE DE CONHECIMENTOS X DADOS DEMOGRÁFICOS | 64 |
| TABELA 10 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS PARTICIPANTES (DAC X CONTROLE)..... | 74 |
| TABELA 11 – DESCONFORTOS E DIFICULDADES SEXUAIS | 75 |
| TABELA 12 - PREVALÊNCIA DE DE EM PORTADORES DE DAC | 76 |
| TABELA 13 - PREVALÊNCIA DE DE EM HOMENS HÍGIDOS (CONTROLE)..... | 76 |
| TABELA 14 – CORRELAÇÕES DO GRUPO CONTROLE | 77 |
| TABELA 15 – CORRELAÇÕES GRUPO DAC | 80 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| FIGURA 1 – CORRELAÇÕES EXISTENTES NOS ITENS DA SESSÃO CONFORTO. | 65 |
| FIGURA 2 – LINHA DE TENDÊNCIA X TESTE DE CONHECIMENTOS..... | 65 |
| FIGURA 3 – LINHA DE TENDÊNCIA X IDADE | 66 |
| FIGURA 4 - ATIVIDADE SEXUAL <i>VERSUS</i> MET´S - GRUPO CONTROLE | 78 |
| FIGURA 5 – ATIVIDADE SEXUAL <i>VERSUS</i> IDADE – GRUPO CONTROLE..... | 79 |
| FIGURA 6 – ATIVIDADE SEXUAL <i>VERSUS</i> MET´S - GRUPO DAC..... | 81 |
| FIGURA 7 - ATIVIDADE SEXUAL <i>VERSUS</i> IDADE – GRUPO DAC | 82 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|------------|---|
| ATC | Angioplastia Transluminal Percutânea |
| CRM | Cirurgia de Revascularização do Miocárdio |
| DAC | Doença Arterial Coronariana |
| DCV | Doença Cardiovascular |
| DE | Disfunção Erétil |
| DM | Diabetes Melitus |
| DS | Disfunção Sexual |
| FC | Frequência Cardíaca |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IAM | Infarto Agudo do Miocárdio |
| IC | Insuficiência Cardíaca |
| PAD | Pressão Arterial Diastólica |
| PAS | Pressão Arterial Sistólica |
| TE | Teste Ergométrico ou Teste de Esforço |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| AGRADECIMENTOS | 5 |
| RESUMO | 7 |
| ABSTRACT | 8 |
| LISTA DE TABELAS | 9 |
| LISTA DE FIGURAS | 10 |
| LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS..... | 11 |
| SUMÁRIO..... | 12 |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 1.1. PROBLEMA | 14 |
| 1.2. OBJETIVOS..... | 19 |
| 1.2.1. <i>Objetivos Gerais</i> | 19 |
| 1.2.2. <i>Específicos</i> | 19 |
| 1.3. JUSTIFICATIVA | 21 |
| 1.4. HIPÓTESES..... | 22 |
| 1.4.1. <i>Hipótese Geral</i> | 22 |
| 1.4.2. <i>Hipóteses Específicas</i> | 22 |
| 1.5. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO | 24 |
| 1.6. LIMITAÇÃO DO ESTUDO | 25 |
| 1.7. DEFINIÇÃO DE TERMOS | 26 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO | 28 |
| 2.1. RELAÇÃO ENTRE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA E DISFUNÇÕES SEXUAIS | 28 |
| 2.2. IMPACTO DA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA NA ATIVIDADE SEXUAL | 30 |
| 2.3. ORIENTAÇÕES SOBRE A CONTINUIDADE DA VIDA AFETIVA | 31 |
| 2.4. ESTILO DE VIDA E FUNÇÃO SEXUAL | 35 |
| 2.5. IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO NA QUALIDADE DA VIDA SEXUAL | 38 |
| 3. MÉTODOS | 42 |
| 3.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA | 42 |
| 3.2. SUJEITOS DA PESQUISA..... | 42 |
| 3.2.1. <i>Crêterios de inclusãe e exclusãe no estudo</i> | 43 |
| 3.2.1.1. Crêterios de inclusãe | 43 |
| 3.2.1.2. Crêterios de exclusãe | 44 |
| 3.3. INSTRUMENTOS DO ESTUDO | 44 |
| 3.4. COLETA DE DADOS..... | 48 |
| 3.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO | 49 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES..... | 50 |
| 4.1. ESTUDO 1 | 50 |
| 4.1.1. <i>Resultados</i> | 50 |
| 4.1.2. <i>Discussãe</i> | 53 |
| 4.2. ESTUDO 2 | 58 |
| 4.2.1. <i>Resultados</i> | 58 |

| | |
|--|------------|
| 4.2.2 <i>Discussão</i> | 67 |
| 4.3 ESTUDO 3 | 73 |
| 4.3.1 <i>Resultados</i> | 73 |
| 4.3.2 <i>Discussão</i> | 82 |
| 5. CONCLUSÕES | 87 |
| 6. REFERENCIAS | 90 |
| APÊNDICES | 97 |
| APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESTUDO 1) | 98 |
| APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESTUDO 3) | 99 |
| APÊNDICE 3 – NÍVEL DE ORIENTAÇÃO DOS PACIENTES SOBRE ATIVIDADE SEXUAL APÓS O INFARTO DO MIOCÁRDIO – ROTEIRO DE ENTREVISTA | 100 |
| APÊNDICE 4 – QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS E ATITUDES SOBRE SEXUALIDADE E DOENÇAS CARDIOVASCULARES | 101 |
| APÊNDICE 5 – RELAÇÃO ENTRE APTIDÃO FÍSICA E QUALIDADE NA ATIVIDADE SEXUAL EM PORTADORES DE DAC – ROTEIRO DE ENTREVISTA | 103 |
| ANEXOS | 105 |
| ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 120/2009 – ESTUDO 1..... | 106 |
| ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 031/08 – ESTUDO 2..... | 107 |
| ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 15/2006 – ESTUDO 3..... | 109 |

1. INTRODUÇÃO

1.1. Problema

A doença arterial coronariana (DAC) representa uma das principais causas de internação hospitalar em nossa sociedade, sendo responsável por 300 a 400 mil casos anuais no Brasil. Só o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) representa 60.000 óbitos/ano, sendo considerada a principal causa isolada de morte (III Diretriz SBC, 2004).

Dos casos não fatais, observa-se, em grande parte dos indivíduos, redução nas atividades laborais, cotidianas, psicossociais, implicando, sobretudo, na qualidade de vida. Essa dificuldade no retorno às atividades da vida diária tem implicações negativas na vida do indivíduo (Yazbec et al, 1999).

Dentre as atividades habituais, a grande maioria dos cardiopatas apresenta um importante declínio em sua vida sexual após a detecção da doença. Estudos revelam que aproximadamente 25% dos pacientes interrompem sua vida sexual após o evento coronário e cerca de 50% apresentam algum grau de redução na frequência e/ou no nível de satisfação de suas relações afetivas (THORSON, 2003).

Entre as causas para o prejuízo na vida sexual após o evento coronariano, pesquisas importantes têm relatado diminuição no interesse, na libido, na função erétil e, como consequência, insegurança dos pacientes no

momento da retomada as relações sexuais (DEBUSK, 2000; DRORY, 1998; KAVANAGH, 1977; THORSON, 2003). Não raramente, pacientes convalescentes de IAM apresentam dificuldades no retorno às atividades de relação, por receio de terem dor durante o ato, acreditando haver uma relação causal entre a prática sexual e o aparecimento de novos eventos cardíacos.

O impacto psicológico do IAM ultrapassa e excede ao funcional (OLIVEIRA JR, 1986). Em 1/3 dos pacientes representa a grande barreira no processo de reabilitação. Rerkpattanapipat et al (2001) citam uma gama de fatores intervenientes no processo de retorno pleno às atividades de relação, entre eles, ansiedade, depressão, diminuição da libido e do apetite sexual, muitas vezes resultantes do medo de novos episódios de angina, reinfarto e até morte no coito.

É natural que todo o processo de tratamento da doença, tanto medicamentoso, como cirúrgico, associados com a falta de conhecimento sobre a real limitação da atividade sexual, gere insegurança no cardiopata, influenciando no desempenho sexual, sendo assim o esclarecimento de dúvidas quanto à retomada da atividade sexual deve ter início precoce (Maria, 1984).

Aqui surge o primeiro problema dessa pesquisa, que foi compreender o impacto que o IAM tem sobre os aspectos da vida sexual.

Muitas vezes, a falta de orientação por parte da equipe de saúde sobre o impacto da doença nos aspectos da sexualidade causa transtornos que dificultam o retorno a atividade sexual. Apesar de a literatura oferecer suporte suficiente para tais cuidados (BOHLEN, 1984; DEBUSK, 2001; DRORY, 1998; FROELICHER, 1994; KAVANAGH, 1977; MULLER, 1999; NEMEC, 1964;

RERKPATTANAPIPAT, 2001; STEIN, 2006; STEIN, 1977; TAYLOR, 1999; THORSON, 2003), dúvidas sobre a segurança do ato sexual pode gerar insegurança ao profissional e, por isso, ser negligenciada. O desconforto em falar sobre a intimidade, a dificuldade da linguagem e, até mesmo, aspectos como idade, diferenças culturais e crenças religiosas podem esconder a dimensão do problema. Estudo israelense sugere que menos de 25% dos médicos abordam seus pacientes regularmente durante as consultas em consultório (ROTH et al, 2003).

Por outro lado, estudos revelam grande número de pacientes sem informações sobre a doença, cuidados e tempo de espera para reiniciar a vida sexual, além dos efeitos das medicações na função sexual. Lunelli et al (2008) entrevistando pacientes com diagnóstico de IAM verificaram que 96% não receberam orientações quanto à continuidade da vida afetiva. Souza et al (2005), em pesquisa semelhante, verificaram que 44% dos pacientes são orientados sobre o assunto, e que o médico assistente foi o profissional menos citado (20%).

Aqui surge o segundo problema desse estudo, que foi conhecer qual o nível de conhecimento dos cardiologistas sobre o impacto da doença cardiovascular na sexualidade de seus pacientes.

Quando comparado às atividades cotidianas e ao exercício físico, a atividade sexual apresenta modesta demanda corporal total e miocárdica de oxigênio, com breve duração durante o orgasmo. A atividade sexual com o cônjuge habitual pode ser comparada ao exercício físico com gasto energético oscilando entre 2 e 4 METS, classificado-o como esforço de baixa a moderada intensidade (BOHLEN et al, 1984). As alterações no duplo produto, ou seja, na

frequencia cardíaca (FC) e na pressão arterial sistólica (PAS) durante a atividade de relação também se assemelham ao exercício físico. A FC média de pico atinge 114 bpm (desvio padrão de 14 bpm) e a PAS apresenta valores médios de 163/81 mmHg, sendo tais valores mensurados no pico do orgasmo (NEMEC et al, 1964).

O exercício físico praticado regularmente aumenta a capacidade e melhora a função cardiovascular por diminuir a demanda de oxigênio miocárdico para um determinado nível de atividade física, até mesmo na relação sexual. Num estudo com pacientes após o primeiro IAM, Stein (1977) correlacionou a melhora na capacidade aeróbica ($VO_{2 \text{ máx}}$) com conseqüente redução no pico da FC no coito, sugerindo, desse modo, que o treinamento físico melhora a função sexual dessa população por reduzir a incidência de angina durante o coito.

Porém, pacientes com DAC não são limitados somente por fatores fisiológicos. No contexto da sexualidade, fatores psicológicos afetam mais que os fisiológicos, entre eles, medo de reinfarto e morte súbita, ansiedade, depressão, diminuição da libido e do apetite sexual.

Contudo, o treinamento com exercícios físicos pode aumentar o bem-estar psicológico, reforçando a auto-estima e autoconfiança, além de diminuir os níveis de tensão, ansiedade e depressão.

Esse pressuposto pode ser comprovado por Almeida Vaz & Nodin (2005), onde os autores observaram 54 sujeitos com idades entre 65 e 75 anos, divididos em um grupo de praticantes de exercício físico regular e outro sedentário. Após a aplicação de um questionário, os resultados revelaram que os idosos praticantes de exercícios eram mais ativos sexualmente e viviam sua

sexualidade de um modo mais satisfatório quando comparados aos seus pares sedentários. Afirmaram, ainda, a relação entre exercício físico nos idosos e sexualidade, sugerindo que ele acarreta benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais, por melhorar tanto as capacidades funcionais, quanto a qualidade de vida destes sujeitos.

Com relação à segurança da atividade sexual para coronariopatas, pacientes capazes de caminhar em ritmo moderado e/ou subir dois lances de escadas sem dificuldades podem retornar e manter sua vida sexual sem apresentar maior risco ao coração. Nesse caso, a incidência de angina, hipertensão e arritmia são semelhantes àsquelas encontradas nas atividades habituais. Em outras palavras, o processo de reabilitação objetiva maior tolerância ao esforço através do aumento da capacidade aeróbica máxima, por reduzir o duplo-produto e elevar o limiar de isquemia (SERRA, 1997).

Por fim, tem-se o terceiro problema desse estudo, qual a relação entre capacidade física determinada por teste ergométrico e a qualidade na atividade sexual de pacientes portadores de DAC?

Baseado nas considerações apresentadas anteriormente, o presente estudo tem como problema de pesquisa identificar o nível de conhecimento de pacientes e médicos acerca do impacto do IAM sobre a atividade sexual, e compreender a influencia da capacidade física na qualidade da vida sexual destes pacientes.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivos Gerais

Estudo 1 – Avaliar o nível de orientação dos pacientes acerca dos cuidados do retorno a atividade sexual pós-infarto do miocárdio.

Estudo 2 – Avaliar o nível de auto-avaliação do conhecimento, conforto, abordagem e conhecimento de médicos cardiologistas sobre atividade sexual em portadores de doenças cardiovasculares.

Estudo 3 - Relacionar a capacidade física e a qualidade da atividade sexual em portadores de coronariopatias.

1.2.2. Específicos

Estudo 1

- 1) Descrever o perfil demográfico dos pacientes participantes do estudo.
- 2) Descrever o perfil clínico dos pacientes participantes do estudo.
- 3) Descrever o nível de orientação dos pacientes participantes do estudo durante a internação hospitalar e nas consultas de ambulatório.
- 4) Descrever o tempo de retorno às atividades sexuais dos pacientes participantes do estudo após o infarto do miocárdio.
- 5) Descrever como os pacientes participantes do estudo consideram sua vida sexual após o infarto do miocárdio.

Estudo 2

- 1) Descrever o perfil demográfico dos médicos cardiologistas participantes do estudo.
- 2) Verificar o nível de auto-avaliação do conhecimento dos médicos cardiologistas sobre atividade sexual em portadores de doenças cardiovasculares.
- 3) Verificar o conforto dos médicos cardiologistas frente às situações que envolvam atividade sexual em portadores de doenças cardiovasculares.
- 4) Verificar a frequência da abordagem dos médicos cardiologistas nos assuntos que envolvam atividade sexual nos portadores de doenças cardiovasculares.
- 5) Verificar o nível de conhecimento dos médicos cardiologistas sobre atividade sexual em portadores de doenças cardiovasculares.

Estudo 3

- 1) Descrever os perfis demográfico, de fatores de risco, do teste de esforço e da atividade sexual de portadores de DAC e grupo controle.
- 2) Verificar a relação entre capacidade física (em MET's) e satisfação sexual;
- 3) Verificar a relação entre capacidade física (em MET's) e desejo sexual;
- 4) Verificar a relação entre capacidade física (em MET's) e frequência sexual;

5) Correlacionar os aspectos da atividade sexual com a capacidade física (MET's).

1.3. Justificativa

Embora saibamos que a prática regular de exercícios físicos tem efeito protetor na saúde e é importante provedor de qualidade de vida, pouco se estimula sua prática baseada nos benefícios na saúde sexual.

A doença arterial coronariana partilha os mesmos fatores de risco da disfunção erétil. Com isso, é comum o portador de coronariopatia apresentar dificuldades sexuais ou o problema de ereção ser marcador precoce de doença no coração. Apesar de sabermos que após um episódio de IAM existe redução na frequência e satisfação sexual, os assuntos que envolvem a vida íntima dos pacientes são comumente negligenciados durante as orientações dadas pelos profissionais de saúde.

O desenvolvimento desta pesquisa busca conciliar subsídios aos profissionais, engajados na orientação da atividade sexual, e aos pacientes, os maiores beneficiados com o resultado. O objetivo é despertar o interesse da equipe de profissionais e dos pacientes nos assuntos que envolvem a vida sexual do paciente após o IAM e estimular a prática sistemática de exercícios para a melhoria da qualidade de vida sexual.

1.4. Hipóteses

1.4.1. Hipótese Geral

Estudo 1 – Os níveis de orientação sobre atividade sexual após o infarto do miocárdio são diferentes entre os pacientes.

Estudo 2 – Os níveis de conhecimento, conforto e abordagem na orientação à atividade sexual em portadores de doenças cardiovasculares são diferentes entre os profissionais cardiologistas.

Estudo 3 – Quanto maior a capacidade física, maior a satisfação, o desejo e a frequência sexual nos portadores de doença arterial coronariana.

1.4.2. Hipóteses Específicas

Estudo 1

H1) Os pacientes participantes do estudo têm diferentes níveis de orientação sobre o retorno à atividade sexual após o infarto do miocárdio;

H2) Os pacientes participantes do estudo têm diferentes perfis clínicos;

H3) Os pacientes participantes do estudo não receberam orientação sobre o retorno às atividades sexuais após o infarto do miocárdio;

H4) Os pacientes participantes do estudo que sofreram infarto do miocárdio e/ou angioplastia retornam a vida sexual em menor tempo que os submetidos a revascularização do miocárdio.

H5) Os pacientes participantes do estudo que receberam orientação sobre o retorno a atividade sexual consideram sua vida sexual melhor que aqueles que não receberam qualquer informação.

Estudo 2

H1) Os cardiologistas participantes do estudo têm diferentes perfis;

H2) Os cardiologistas participantes do estudo têm diferentes níveis de auto-avaliação do conhecimento sobre atividade sexual;

H3) Os cardiologistas participantes do estudo têm diferentes níveis de conforto frente às situações de orientação à atividade sexual;

H4) Os cardiologistas participantes do estudo têm diferentes níveis de abordagem nas situações de orientação à atividade sexual;

H5) Os cardiologistas participantes do estudo têm diferentes níveis de conhecimento sobre atividade sexual.

Estudo 3

H1) Os participantes do estudo têm diferentes perfis demográficos, de fatores de risco, teste ergométrico.

H2) Os pacientes participantes do estudo com maior capacidade física (em MET's) têm maior satisfação sexual;

H2) Os pacientes participantes do estudo com maior capacidade física (em MET's) têm mais desejo sexual;

H3) Os pacientes participantes do estudo com maior capacidade física (em MET's) têm maior frequência sexual;

H4) Verificar as correlações existentes entre os aspectos da atividade sexual e a capacidade física (MET's).

1.5. Delimitação do estudo

Estudo 1

Investigou, através de entrevista com homens e mulheres diagnosticados com infarto do miocárdio, como foram as orientações sobre o retorno à atividade sexual recebidas pela equipe de saúde. Ocorreu durante os meses de agosto de 2009 a janeiro de 2010.

Estudo 2

Investigou, através de questionário, o conhecimento e atuação dos médicos especialistas em cardiologia sobre os aspectos da orientação da atividade sexual em portadores de doenças cardiovasculares. A pesquisa ocorreu durante encontros científicos e congressos médicos nacionais, no período compreendido entre os meses de julho de 2008 a dezembro de 2009.

Estudo 3

Pacientes homens e maiores de 35 anos, sexualmente ativos, submetidos a teste ergométrico e a uma entrevista sobre atividade sexual (desejo, satisfação e frequência sexual). A coleta iniciou em março de 2009 e finalizou em dezembro do mesmo ano.

1.6. Limitação do estudo

Estudo 1

- Não aceitação de alguns profissionais em encaminhar os pacientes para a entrevista sobre sexualidade, o que resultou em diminuição no número de participantes;
- Dificuldades dos pacientes em participar de uma entrevista sobre sua sexualidade, o que pôde implicar na obtenção de respostas não verdadeiras;

Estudo 2

- Dificuldades em divulgar e aplicar o instrumento de pesquisa em congressos científicos, diminuindo a abrangência do estudo;
- Baixa adesão dos médicos cardiologistas em participar do estudo, mesmo com questionários anônimos e auto-responsivos (<50%);
- Respostas não verdadeiras, o que pôde comprometer os resultados.

Estudo 3

- Dificuldades por parte da Instituição sitiadora da pesquisa, por falta de contingente profissional, o que diminuiu a quantidade de dias de realização dos exames (teste ergométrico);
- Problemas com manutenção de equipamento para realização de teste ergométrico, o que interferiu por algumas vezes o andamento da coleta de dados;

- Vergonha de alguns pacientes em conversar sobre sua vida sexual, o que pôde comprometer os resultados do estudo;
- Respostas não verdadeiras, o que pôde comprometer os resultados.

1.7. Definição de termos

1. Satisfação Sexual: ato ou efeito de satisfazer-se; contentamento, prazer, deleite (relativo ao sexo) (FERREIRA, 1975). Consiste de uma conclusão sobre o quanto a vida sexual de um indivíduo é agradável e satisfatória (VAUGHAN, 2002).
2. Desejo Sexual: “O desejo sexual é um apetite ou impulso produzido pela ativação, no cérebro, de um sistema neural específico, ao passo que as fases de excitação e orgasmo envolvem os órgãos genitais. Tanto no homem como na mulher, a fase de excitação é produzida pela vasodilatação reflexa dos condutos sangüíneos genitais. O orgasmo, ao contrário, consiste essencialmente de contrações reflexas de determinados músculos genitais” (KAPLAN, 1983, p.27). Outra definição explica que é a manifestação de fantasias e sonhos sexuais, da masturbação até o início do ato sexual com um parceiro. Caracteriza-se por um componente biológico (impulso sexual), psicológico (motivação por alguém) e desejo sexual propriamente dito (componente social), baseados em expectativas e vivências sociais (VAUGHAN, 2002).
3. Qualidade de Vida: Existem diversas definições para este termo, que envolvem o bem físico, mental, psicológico e emocional, relacionamentos sociais, saúde, educação, poder de compra e outras circunstâncias da vida. De acordo com a organização mundial de saúde, é a “percepção

do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994). Compreende, ainda, "a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde" (GUITERAS & BAYÉS, 1993).

4. Capacidade Física: Também chamada capacidade funcional, está relacionada a capacidade de um indivíduo em realizar as atividades de vida diária (AVDs). Apresenta evidências importantes sobre prognóstico de vida em indivíduos saudáveis, com fatores de risco ou mesmo naqueles com doença cardíaca. Comumente expressa em MET, a capacidade física aumenta com a prática regular de exercícios físicos. O aumento de uma unidade no equivalente metabólico (MET) eleva em 12% a chance de sobrevivência. Indivíduos com baixa capacidade física apresentam risco de morte de até 4,1 vezes maior quando comparados aos seus pares com elevada capacidade de exercício (MYERS, 2002).
5. MET (coeficiente metabólico): a necessidade de expressar o custo energético do exercício em termos simples levou ao desenvolvimento do conceito MET. O MET é igual ao consumo de oxigênio (VO_2) de repouso, que equivale aproximadamente $3,5 \text{ ml.kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$. Por exemplo, um exercício que exige um gasto energético de 12 MET's (12 vezes a taxa metabólica de repouso) representa um VO_2 de $42 \text{ ml.kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$ (POWERS & HOWLEY, 2000; JETTE, 1990).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Relação entre doença arterial coronariana e disfunções sexuais

Considerada a primeira causa de morte mundial, as doenças cardiovasculares (DCVs) representam cerca de 30% de todos os casos, e matam praticamente o dobro se comparadas às doenças infecciosas e parasitárias (16%). Isolada, a doença isquêmica do coração representa 12,2%, o equivalente a 7,2 milhões de mortes (WHO, 2004).

Documento publicado recentemente pelo Control Disease Center (CDC) revelou que, além do elevado número de mortes, as DCVs são responsáveis por 11% dos casos de deficiências e dificuldades na realização das atividades do cotidiano, nos afazeres domésticos e atividades laborais (CDC, 2009).

A Doença Aterosclerótica Coronariana (DAC) representa, de longe, a causa mais freqüente de morte na doença isquêmica. É resultado de uma complexa interação entre os elementos sanguíneos e anormalidades nos vasos, como inflamação, aumento da permeabilidade endotelial, ativação endotelial e recrutamento de monócitos (FALK et al, 1995).

O sitio da DAC é o endotélio vascular caracterizado como uma camada de células que separam o sangue da parede do vaso, e é considerado o órgão responsável pela regulação do tônus vascular, fluidificação, manutenção da

circulação sanguínea, coagulação e respostas inflamatórias (GONZALES et al, 2003).

A disfunção endotelial é o primeiro estágio da aterosclerose. Caracteriza-se como doença inflamatória resultante de alterações na homeostase do endotélio (RUSSEL, 1999), influenciadas pelos fatores de risco idade, sexo masculino, hipercolesterolemia, hipertensão, tabagismo, diabetes, (FALK et al, 1995) homocisteinemia e infecções (RUSSEL, 1999).

O óxido nítrico é o principal fator de relaxamento derivado do endotélio e os fatores de risco afetam sua biodisponibilidade, prejudicando a resposta vasodilatadora e facilitando a inflamação local (ANDERSON, 1999) e ações procoagulantes, resultando na formação de placas ateromatosas e, conseqüentemente, obstrução do lúmen arterial, angina e infarto do miocárdio (GONZALEZ et al, 2003).

Muitas vezes, o IAM é a primeira manifestação da DAC no homem. Cabe ressaltar que a aterosclerose é uma doença sistêmica, progressiva e silenciosa, podendo afetar todos os vasos do corpo humano. A artéria coronária é, freqüentemente, a mais conhecida devido aos riscos de eventos potencialmente fatais.

Porém, em muitos casos a manifestação da aterosclerose apresenta marcadores importantes que possibilitam seu diagnóstico precocemente. Montorsi et al (2003) investigaram 300 homens (62,5 anos) de maneira consecutiva, com quadro de dor torácica e DAC documentada por angiografia e observaram a estreita relação com a disfunção erétil (DE). Em 67% dos pacientes com DE, os sinais de dificuldades de ereção apareceram antes mesmo dos episódios de angina ou da detecção por exames não-invasivos. No

estudo subsequente, encontraram 93% dos pacientes com doença arterial crônica com queixas prévias de DE, independente do número de vasos comprometidos (MONTORSI et al, 2006). Estes achados sugerem a DE como um marcador precoce de DAC e evidencia a necessidade de avaliação cardiológica aos primeiros sinais de DE. Anatomicamente, se aceita a hipótese que, por medirem praticamente a metade do diâmetro das coronárias, as artérias penianas sofrem por doença arterial antes das manifestações da angina do peito (1-2 mm artéria peniana vs 3-4 mm artéria coronária) (JACKSON, 2006).

2.2 Impacto da doença arterial coronariana na atividade sexual

O impacto da DAC e seu tratamento com procedimentos cirúrgico somados às mudanças fisiológicas, efeitos colaterais de medicamentos, influencia dos fatores de risco e as alterações emocionais induzidas pela doença cardíaca podem afetar a qualidade de vida e sexual. Após o IAM, grande parte dos pacientes refere diminuição na frequência semanal e na satisfação sexual.

Kavanagh et al (1977) avaliaram a vida sexual de 161 pacientes pós-IAM através de questionários anônimos e preenchidos voluntariamente e encontraram em 50% da amostra redução na frequência sexual semanal. Drory et al (1998) encontraram entre 276 homens com o primeiro episódio de IAM e com idade entre 30-65 anos redução de 35% na frequência e 35% na satisfação sexual. Em outro estudo dos mesmos autores, após seis meses do IAM, 28% das mulheres e 11% dos homens não haviam retomado a vida

sexual (DRORY et al, 2000). Entre pacientes submetidos à revascularização do miocárdio por bypass (CRM), 35,5% tiveram redução na frequência e 8,2% interromperam-na completamente (PAPADOPOULOS et al, 1986) .

Dados de estudo transversal realizado em hospital especializado em cardiologia no nosso país relevam que, dos 96 pacientes com diagnóstico de IAM e média de 59 anos, 44% (46% dos homens e 37% das mulheres) tiveram marcada redução na frequência semanal. (LUNELLI et al, 2008) Dantas et al (2005) também encontraram tendência ao não retorno as atividades sexuais após a CRM, com 30% dos homens abstinentes após a intervenção.

2.3 Orientações sobre a continuidade da vida afetiva

Apesar dos avanços tecnológicos em exames e procedimentos cirúrgicos, que diminuiu bruscamente o numero de mortes por doenças do coração, pouco tempo se dispense para um atendimento ambulatorial e orientações sobre os cuidados com o retorno as atividades do cotidiano.

A atividade sexual é frequentemente negligenciada pela equipe de saúde. Estudos sobre orientações de retorno a vida sexual após evento revelam grande número de pacientes sem informações sobre a doença, cuidados e tempo de espera para reiniciar a vida sexual, além dos efeitos das medicações na função sexual. Lunelli et al (2008) entrevistando pacientes com diagnostico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) verificaram que 96% não receberam orientações quanto à continuidade da vida afetiva.

Alguns autores sugerem que as orientações sobre o retorno a vida sexualmente ativa é prática da equipe da enfermagem (SHELL et al, 2007;

VASSILIADOU et al, 2008) mas não isenta o papel do médico na abordagem. Até porque os cuidados que envolvem exames e medicamentos são atos excepcionalmente médicos. Apesar de considerarem seu papel, apenas 20,7% dos enfermeiros o fazem em rotina de cuidados. (VASSILIADOU et al, 2008)

Isso contribui para uma redução marcada na vida sexual, com grande parcela dos pacientes alegando diminuição na frequência sexual semanal após o evento coronariano. Kanavagh et al (1977) observaram em pacientes diagnosticados com infarto agudo do miocárdio (IAM) que, naqueles que diminuíram a frequência sexual semanal, 31% referiram medo de reinfarto e morte súbita, enquanto que os restantes estavam apáticos por causa dos sintomas desencadeados pelo ato.

As orientações sobre a continuidade da vida afetiva e das relações sexuais devem fazer parte da abordagem da equipe de saúde, já que o medo e a insegurança são sentimentos que dificultam a reabilitação sexual.

Apesar de existir muitos mitos e dificuldades em estudar a relação da vida afetiva e o paciente cardíaco, a literatura internacional oferece suporte suficiente para os profissionais na orientação do retorno a atividade sexual (DEBUSK, 2000; FALK, 2001; MULLER, 1999; RERKPATTANAPIPAT, 2001; TAYLOR, 1999). Na realidade brasileira, no entanto, poucos são os estudos envolvendo a vida sexual no portador de coronariopatia e as orientações sobre os cuidados após o IAM (DANTAS, 2001; LUNELLI, 2008).

Em 1974, a Organização Mundial de Saúde reuniu profissionais renomados com o intuito de compartilhar seus conhecimentos especiais e experiências em ensino, pesquisa e prática clínica no campo da sexualidade, abordagem terapêutica e tratamento dos problemas sexuais. O encontro

estabeleceu que os profissionais de saúde devem possuir conhecimentos científicos sobre a reprodução e sexualidade, problemas sexuais mais comuns e como lidar com eles. Para tanto, seriam necessários o desenvolvimento de habilidades para a comunicação, como saber ouvir e falar, usar terminologia apropriada, não demonstrar constrangimento e estabelecer um bom relacionamento pessoal, com simpatia e sensibilidade. Além do mais, o objetivo do treinamento é prover atitudes mais confortáveis e positivas, eliminando tabus e crenças para que o profissional tenha habilidade de lidar com problemas sexuais (OMS, 1974).

Hoje se sabe que as dificuldades encontradas pelos pacientes no retorno a vida sexual são referentes mais aos aspectos psicológicos que os fisiológicos (OLIVEIRA JUNIOR, 1986).

Observa-se, na prática, que as orientações e prescrições em ambulatório visam atender às necessidades imediatas dos pacientes, não levando em consideração aspectos importantes e emergidos ao longo do tratamento.

Estudo envolvendo 188 homens e 48 mulheres revelou que a maioria destes pacientes julgou que o médico deveria aconselhar sobre como seria o vida sexual após o início do tratamento, mas somente 3% dos homens e 18% das mulheres acreditaram estar devidamente orientados (OLIVEIRA JUNIOR, 1986).

A falta de orientação pode gerar dúvidas no momento da retomada as atividades de relação, acarretando distúrbios psicológicos como ansiedade e depressão. Dentre pacientes que sofreram infarto do miocárdio e que reduziram a qualidade da atividade sexual, as razões alegadas para tal foram

apreensão e ansiedade no retorno a relação sexual em 21% dos pacientes e 23% das esposas (KAVANAGH, 1977).

Entre 164 pacientes, Steinke et al (1996) investigaram se os mesmos receberam orientações sobre a atividade sexual e se existia diferença de acordo com a idade, sexo e estado civil. Um em cada três pacientes recebeu orientação sobre o retorno a vida sexual, mas não houve diferença significativa entre homens e mulheres e faixa etária. Porém, aqueles que viviam como casados discutiam mais sobre a sexualidade que os solteiros (39% vs 6%, $p>0,03$).

O assunto atividade sexual deve ser parte integrante da consulta médica, assim como informações sobre o retorno as atividades habituais, sociais e laborais (STEIN, 2006). O profissional deve encorajar o paciente ao retorno as atividades cotidianas, inclusive à vida sexual, através de perguntas diretas e sem julgamento de valores culturais e religiosos (LEVINE, 2000).

A parceira deve ser incluída nas orientações (STEIN, 2006). Levantamento realizado com as esposas de pacientes com IAM torna evidente essa afirmação. No estudo de Papadopoulos et al (1986), 55% das esposas afirmaram não conhecer os riscos, cuidados e possíveis dificuldades encontradas por seus maridos na retomada às relações sexuais, afetando a frequência e a qualidade do ato.

Os pacientes devem ser encorajados a participarem de programas de reabilitação cardíaca para que haja um retorno mais eficiente as atividades do cotidiano. Especialistas têm sugerido a aplicação de um teste ergométrico (TE) a fim de avaliar a aptidão cardiovascular e uma possível liberação às relações sexuais. As atividades de relação podem ser liberadas desde que o paciente

apresente capacidade funcional mínima de 5 METs no teste, sem sinais e sintomas sugestivos. Nesse sentido, o TE pode medir com maior eficácia o grau de lesão cardíaca e seu funcionamento no esforço que a avaliação subjetiva. O médico deve esclarecer que o dispêndio de energia do sistema cardíaco e metabólico durante o ato depende exclusivamente do tipo e da intensidade da atividade sexual. A mensuração média de consumo de O₂ durante a relação varia de 2 a 3 METs no pré-orgasmo e 3 a 4 METs no orgasmo, valores equivalentes a subir dois lances de escadas ou de uma caminhada em ritmo moderado (BOHLEN, 1984).

Muitas vezes a orientação direta sobre os cuidados para o retorno a atividade sexual é substituída por materiais impressos e panfletos, mas isso não é suficiente para instruir o paciente. Tal material deve ser acompanhado de instrução verbal para esclarecimentos das dúvidas que possam surgir. Ainda existe a possibilidade de a informação ser repassada por vídeos, como uma forma adicional de educação (STEINKE, 2002).

2.4 Estilo de vida e função sexual

A disfunção sexual (DS) é caracterizada por distúrbios no desejo sexual associados a alterações psicofisiológicas e as mudanças no ciclo sexual masculino e feminino. (American Psychiatric Association, 1994) É considerada importante problema de saúde pública nos Estados Unidos, afetando 43% das mulheres e 31% dos homens com idade entre 18 a 59 anos (LAUMANN et al, 1999).

As dificuldades sexuais femininas tendem a diminuir com a idade, salvo aquelas com problemas na lubrificação. Nos homens, idade avançada, não ter parceira e o baixo nível educacional se associam com problemas de ereção e diminuição da libido (LAUMANN et al, 1999).

A DE, antigamente chamada de impotência sexual, é definida como a incapacidade persistente em obter ereção peniana suficiente para a realização de uma atividade sexual satisfatória (NIH CONSENSUS DEVELOPMENT PANEL OF IMPOTENCE, 2003). Dentre as disfunções sexuais, caracteriza-se como a mais prevalente quando comparada aos distúrbios ejaculatórios e de desejo (GLINA, 2004). Estima-se 140 milhões de casos no mundo, com projeções de 300 milhões para o ano de 2025 (AYTA et al, 1999). Nos Estados Unidos, o National Institute of Health redigiu um documento com os maiores clínicos e pesquisadores no assunto, onde estimaram a DE em 30 milhões de adultos americanos (NIH CONSENSUS DEVELOPMENT PANEL OF IMPOTENCE, 2003). Entre os homens sadios com idade superior a 40 anos, no estudo Massachusetts Male Aging Study (MMAS), Feldman et al (1994) encontraram prevalência de 52% dos sujeitos com queixas referentes à sua função erétil. Resultado similar foi encontrado na América Latina por Morillo et al (2002), onde 53,4% dos avaliados na Colômbia, Equador e Venezuela apresentaram DE.

Dados de dois grandes estudos nacionais, de 2001 e 2006, revelam que no Brasil 45% da população maior de 18 anos apresenta algum grau de DE (ABDO et al, 2006; MOREIRA JR et al 2001). As freqüências de DE mínima, moderada e severa são 31,2%, 12,2% e 1,7%, respectivamente. (ABDO et al, 2006)

A DE aumenta com a idade. Resultados do Health Professionals Follow-up Study, que avaliou a influencia da idade no comportamento sexual de norte-americanos, revelaram que na faixa dos 50-59 anos, 4% julgaram sua função erétil muito ruim, enquanto na faixa dos 70-79 anos esse numero aumentou para 32%. (BACON et al, 2003) Outro estudo revelou que 5% dos homens de 40 anos e 15% daqueles com 70 anos tem DE completa (FELDMAN et al, 1994).

A DE é altamente prevalente em nossa sociedade e sua fisiopatologia pode ser neurológica, endócrina, psicogênica, farmacogênica ou vascular, sendo esta última a forma mais comum de problemas de ereção, diretamente associado ao estilo de vida.

Além dos aspectos demográficos, o estilo de vida reflete diretamente na função sexual. A disfunção erétil partilha os mesmo fatores de risco que as doenças cardiovasculares, ou seja, portadores de cardiopatias podem apresentar dificuldades na manutenção da ereção e pacientes com DE devem realizar avaliação cardiovascular.

A mudança de estilo de vida, comumente recomendada para portadores de doenças no coração, é fundamental para o tratamento das disfunções sexuais, principalmente na DE. Estudo com 678 estudantes universitários revelou que o peso corporal apresenta correlação negativa com a satisfação sexual, ou seja, quanto maior o Índice de Massa Corporal (IMC) menor a satisfação nas atividades sexuais (LINDEMAN et al, 2007).

Em estudo randomizado, realizado com 110 homens obesos, IMC > 30 kg/m² e idade entre 35 e 55 anos, submetidos a treinamento físico, dieta de 1700 calorias e estimulados e reduzir pelo menos 10% do peso corporal, além

dos resultados fisiológicos e antropométricos esperados, o grupo treinado melhorou seu escore nos índices de função erétil (IIEF), com 31% dos homens recuperando sua função sexual (ESPOSITO et al, 2004).

Tabagistas que iniciaram em programas de exercício físicos e abandonaram o hábito de fumar tiveram melhora na função sexual, maior vontade de carícias e atividades preliminares com suas parceiras, mais fantasias sexuais, maior frequência e orgasmos. Aqueles que continuaram fumando não derivaram dos mesmos benefícios (WHITE, 1990).

2.5 Importância do exercício físico na qualidade da vida sexual

Comumente, portadores de cardiopatias apresentam redução na capacidade cardiovascular. Nesse sentido, o encaminhamento a programas de reabilitação cardíaca torna-se fundamental para que haja um retorno mais rápido e eficiente as atividades sociais, laborais, recreativas e, especialmente, as atividades sexuais. O treinamento supervisionado tem por objetivo melhorar o sistema cardiovascular e tolerar maior intensidade de exercício, por diminuir o duplo produto e o consumo de oxigênio do miocárdio. Essa melhora reflete em simples atividades do dia-a-dia, diminuindo episódios de angina e propiciando maior confiança na realização de esforço.

O exercício físico e atividade sexual apresentam demandas energéticas similares (BOHLEN et al, 1984; XUE-RUI et al, 2008). Os comportamentos da frequência cardíaca (FC) e da pressão arterial (PA) apresentam elevações discretas e semelhantes às atividades de intensidade moderada. Monitorando homens saudáveis (de 25 a 43 anos) com suas parceiras habituais através de

eletrocardiograma (ECG), foi observado que a FC pico no coito foi de 127 bpm e o duplo produto de 21.000 bpm / min x mmHg (BOHLEN et al, 1984).

No Instituto Dante Pazzanese do Coração, nove pacientes voluntários do programa de reabilitação cardíaca por condicionamento físico tiveram registro ECG (Holter) durante a atividade sexual. Todos os casos tinham IAM progressivo e confirmação de DAC por cinecoronariografia. Apresentaram no TE prévio uma média de FC de pico de 145 bpm (136 a 162 bpm). As variações têm significado importante na cardiopatia isquêmica, pois se relaciona linearmente com o consumo oxigênio pelo miocárdio. No orgasmo, a FC pico foi 104 bpm, correspondendo a 71,8% da FC máxima predita pelo TE (SÁ GUEDES, 1981).

Com o objetivo de investigar a relação entre exercício físico e comportamento sexual, Frauman (1982) comparou um grupo de estudantes universitários sedentários (n=78) com outro de praticantes de esportes populares (n=144). Os jovens, de ambos os sexos, responderam a um questionário sobre aspectos da sexualidade, com questões relacionadas à frequência sexual e desejo para o sexo. O grupo dos ativos reportou maior dispêndio de tempo para atividades físicas ($p<.001$), maior frequência sexual ($p<.001$) e maior desejo para o sexo ($p<.001$). Não houve diferenças significativas entre os sexos (FRAUMAN, 1982).

Após 16 semanas de treinamento em bicicleta ergométrica, dezesseis homens diagnosticados com IAM apresentaram incremento de 11,5% no VO_2 e redução de 5,5% na FC. A média de FC no orgasmo antes do programa de exercícios foi de 127 bpm e após o período de treino foi de 120 bpm ($p<0,01$). Essa diminuição na FC em pacientes com angina do peito representa maior

tolerância a um dado esforço, melhorando a capacidade de exercícios dos portadores de cardiopatias (STEIN, 1977).

De acordo com as diretrizes para o tratamento do IAM, o ato sexual pode ser liberado com segurança ao paciente que alcance 5 MET's no TE, já que o gasto metabólico durante o orgasmo com a parceira habitual é de aproximadamente 3 a 4 MET's. A limitação no TE por sinais e sintomas sugestivos de doença coronariana, arritmias e comportamento anormal da FC e PA sugere avaliação médica mais apurada pra liberação às atividades sexuais (DIRETRIZ SBC, 2004).

Estudo realizado com 678 estudantes universitários investigou a satisfação sexual e o impacto do exercício físico nessa relação. Entre os ativos sexualmente (50,6%), aqueles que se exercitavam regularmente (> 3x/semana, > 20 min/dia) reportaram maior disposição ($p=.01$) e força ($p=.001$) para o sexo que os inativos. Além disso, relataram maior satisfação com a duração do ato sexual ($p=.018$), freqüência semanal ($p=.027$) e com o prazer ($p=.032$) obtido durante o sexo que seus pares sedentários. Tais dados revelam que o treinamento físico pode aumentar a satisfação sexual (LINDEMAN, 2007).

Em idosos participantes do *50 + Fitness Association*, grupo de mais de 2000 idosos americanos adeptos do estilo de vida saudável, cerca de 53%, 41% e 28% das mulheres revelaram serem ativas sexualmente para os grupos 50-59 anos, 60-69 anos e acima de 70 anos, respectivamente. O correspondente para os homens são 74%, 55% e 53%. No geral, a satisfação feminina com a atividade sexual foi de 44% e entre os homens 61%. Houve forte correlação positiva entre o aumento nos níveis de atividades físicas e o

grau de satisfação com a vida sexual em homens, mas não em mulheres (BORTZ, 1999).

O efeito do exercício físico foi testado através de estudo randomizado, com 78 homens sedentários saudáveis, 48 anos, submetidos a 9 meses de treinamento com exercícios supervisionados, 3 vezes por semana com sessões de 60 minutos de duração. Os sujeitos foram orientados a se exercitar entre 75 e 80% da FC máxima predita pelo teste ergométrico. O grupo controle (17 homens, 44 anos) participou de caminhadas leves, e foi orientado a não exceder a FC em 25 minutos acima da FC de repouso. Os resultados do estudo proveram sistemáticas evidências que o aumento nos níveis de exercício físico melhora o desempenho sexual, o desejo, a excitação, frequência e a satisfação na atividade sexual, e diminui a insatisfação e os episódios de disfunção erétil no grupo submetido ao treinamento (WHITE, 1990).

Os estudos apresentados nesse capítulo revelam o impacto da doença arterial aterosclerótica na função sexual, principalmente após um evento agudo como o infarto do miocárdio. Revelam, ainda, a dificuldade em se discutir o assunto nos consultórios e o quanto o estilo de vida interfere nesse aspecto, principalmente pela prática de exercícios físicos. O efeito do treinamento físico melhora a capacidade física e a qualidade de vida, que, por sua vez, estão relacionados aos aspectos da vida sexual como frequência, satisfação e desejo sexual.

3. MÉTODOS

3.1 Caracterização da pesquisa

Os **estudos 1 e 2** caracterizam-se como descritivos, analisando os dados, em sua origem, e observando possíveis relações entre eles. (RUDIO, 1997) O **estudo 3** se caracteriza como descritivo comparativo quase-experimental (ex post fact). (WERNER, 1998) Estes tipos de pesquisa têm por princípio observar o nível de orientação dos pacientes (estudo 1) e dos médicos cardiologistas sobre atividade sexual após o infarto do miocárdio (estudo 2), bem como a possível relação entre capacidade física e satisfação sexual em coronariopatas (estudo 3). As pesquisas cumprem as normas do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos de acordo com a resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde (Anexos 1, 2 e 3)

3.2 Sujeitos da pesquisa

Para o **estudo 1** participaram 58 pacientes com diagnóstico de infarto do miocárdio atendidos no ambulatório do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.

No **estudo 2**, a amostra consistiu de 108 médicos especialistas em cardiologia clínica com prática de pelo menos um ano.

No **estudo 3** participaram 84 sujeitos, sendo que 42 são portadores de DAC e 42 do grupo controle. Eles foram submetidos a Teste Ergométrico e entrevistados acerca da qualidade da atividade sexual. Os pacientes participantes foram àqueles atendidos no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.

3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão no estudo

A participação no estudo carece de alguns cuidados e controles, para tanto, foram traçados critérios de inclusão, destacados a seguir:

3.2.1.1 Critérios de inclusão

Estudo 1

Portador de coronariopatia comprovada por cinecoronariografia.

Estudo 2

Possuir formação em medicina e especialização em cardiologia;

Atuar em cardiologia clínica a pelo menos um ano.

Estudo 3

Portador de coronariopatia;

União conjugal estável/casado;

Vida sexual ativa nos últimos 12 meses.

3.2.1.2 Critérios de exclusão

Estudo 1

Portador de câncer de próstata;

Portador de prótese peniana.

Estudo 2

Experiência clínica inferior a um ano;

Cirurgiões, hemodinamicistas, ecocardiografistas e atuantes em outras áreas da cardiologia.

Estudo 3

Portador de câncer de próstata;

Portador de prótese peniana.

3.3. Instrumentos do estudo

Para a realização desta pesquisa, foram elaborados instrumentos específicos para cada estudo, conforme a descrição a seguir:

No **estudo 1** foi elaborado um roteiro de entrevista, com questões abertas e fechadas com base nas orientações recebidas durante o período de internação e no ambulatório (Apêndice 3). As questões foram referentes aos dados demográficos, diagnóstico, fatores de risco, medicações de uso contínuo. Com relação aos aspectos da sexualidade, a entrevista constou de

uma escala da importância da atividade sexual (nenhuma importância - muito importante), além de investigar se o paciente recebeu orientações sobre assuntos da sexualidade durante a internação e as consultas periódicas e o conforto para conversar o assunto com seu médico.

No estudo 2, realizado junto aos profissionais de saúde, foi elaborado um questionário auto-aplicável e anônimo, contendo questões de auto-avaliação do conhecimento, conforto, abordagem, teste de conhecimentos específicos acerca da atividade sexual de portadores de coronariopatia e dados demográficos (Apêndice 4). A primeira parte constou de uma auto-avaliação do conhecimento sobre oito assuntos referentes às orientações da atividade sexual no coronariopata; a segunda parte foi referente ao conforto do médico cardiologista frente aos assuntos da sexualidade; a terceira questionou a abordagem do profissional em suas consultas em ambulatório e durante as internações nas unidades hospitalares; a quarta parte constou de um teste de conhecimentos específicos, com os tópicos a seguir:

1. A primeira questão abrange atividade sexual extraconjugal e angina pectoris. Para tanto, foi elaborado um estudo de caso de paciente idoso com a parceira não habitual e algumas situações que poderiam acontecer.
2. Diversas associações de medicamentos são contra-indicadas. Entre as medicações de uso em cardiologia e os medicamentos para facilitar a ereção peniana, existe uma combinação que pode ser potencialmente fatal.
3. O ato sexual é tido como atividade física e a liberação segura do paciente pós infarto do miocárdio para as atividades de relação deve ser realizada mediante um exame que avalie a condição cardiovascular perante o exercício. Nesta questão estão relacionados alguns exames cardiológicos e um deles é o mais indicado para tal avaliação.
4. Como grande parte dos medicamentos, os de uso em cardiologia também apresentam uma série de efeitos colaterais. Nesta estão

listados por item dois medicamentos que interferem negativamente a qualidade da atividade sexual e representam queixas comuns em consultórios médicos.

5. O gasto de energia do ato sexual se assemelha ao dispêndio de um exercício físico moderado. Tal medida já foi reproduzida em situações de laboratório e apresenta valor listado numa das alternativas desta questão.
6. Sobre a orientação e liberação segura do paciente para a realização de atividade sexual em distintas cardiopatias, tal questão apresenta diferentes fatores que interferem o retorno as atividades de relação.
7. Esta questão apresenta informações sobre o Inibidor da Fosfodiesterase-5, terapia oral mais utilizada pro tratamento da disfunção erétil.
8. A reabilitação cardíaca e sexual deve, obrigatoriamente, fazer parte de um programa de reabilitação global, visando o retorno pleno do paciente as atividades sociais, laborais e recreativas. Os itens desta questão apresentam informações fundamentais para esse retorno.
9. Esta apresenta diversas cardiopatias e o como estas influenciam a atividade sexual e o risco de eventos.
10. Esta última questão apresenta a disfunção erétil como importante fator que diminui a qualidade da atividade sexual em portadores de cardiopatias. Os itens desta questão apresentam a definição, causa e o que ela representa na doença coronariana e apenas uma alternativa está incorreta.

As questões do Teste de Conhecimentos foram elaboradas com base nos periódicos internacionais e diretrizes e consensos nacionais. Nessa parte, utilizamos o seguinte critério de classificação: 0 a 3 acertos, conhecimento fraco; 4 a 6 acertos, conhecimento regular; 7 e 8 acertos, bom conhecimento; 9 e 10 acertos, ótimo conhecimento.

Com relação às questões de auto-avaliação do conhecimento, conforto e abordagem, cada profissional participante responde em uma escala ordinal de

4 pontos, e no teste de conhecimentos as respostas são de múltipla escolha (de A a E), com somente uma alternativa correta.

O questionário foi testado sua clareza junto a 25 profissionais de saúde e pesquisadores. A validade foi testada por cinco doutores da área da cardiologia, urologia e do exercício físico. A confiabilidade interna do instrumento conseguiu um alfa satisfatório de 0,692, considerando que existe diferença em termos de consistência interna entre as suas sessões: a primeira sessão, com 8 itens referente ao auto-avaliação do conhecimento o Alfa foi de 0,867; a segunda sessão, de Conforto e com 4 itens, o Alfa foi de 0,810; a terceira sessão consta de apenas uma questão e não nos permitiu tal análise.

No estudo 3 foi elaborado um roteiro de entrevista com dados demográficos, fatores de risco, diagnóstico cardiovascular, medicações de uso contínuo, atividade física prévia, capacidade física pelo teste ergométrico, antropometria e questões sobre a satisfação, frequência semanal, disfunção sexual, importância e desejo para o sexo e orgasmo (apêndice 5). O protocolo utilizado no teste ergométrico dos portadores de DAC foi o Bruce (o mais utilizado nesse grupo populacional), que apresenta incremento de velocidade e inclinação progressivas e é o mais indicado para diagnóstico e avaliação da capacidade funcional. No grupo controle, foi utilizado o protocolo de Ellestad, que possui aplicação semelhante ao de Bruce, com aumentos de carga expressivos a partir do terceiro estágio (II DIRETRIZ SOBRE TESTE ERGOMÉTRICO, 2002).

3.4. Coleta de dados

No estudo 1, os pacientes foram selecionados no ambulatório e nas unidades de internação. Os pacientes do ambulatório foram selecionados aleatoriamente durante as consultas de rotina com seus respectivos médicos. Em seguida, convidados a participar da entrevista, em local reservado, com questões acerca das orientações recebidas pelo médico assistente. Nos pacientes das unidades de internação a entrevista se deu no momento da alta hospitalar, cujo objetivo é saber se os pacientes receberam orientações sobre o retorno a vida sexual. A coleta dos dados aconteceu de agosto de 2009 a janeiro de 2010.

Para o estudo 2, os profissionais foram convidados a participar da pesquisa durante encontros científicos e congressos regionais e nacionais. Os questionários auto-aplicáveis foram distribuídos durante os eventos e, depois de preenchidos, depositados numa urna. A coleta ocorreu durante o segundo semestre de 2008 até dezembro de 2009.

No estudo 3 os sujeitos da pesquisa foram recrutados, de maneira consecutiva, durante o exame ergométrico. Os pacientes que se enquadraram nos critérios da pesquisa foram convidados a conceder uma entrevista sobre estilo de vida e aspectos da sexualidade. A coleta dos dados ocorreu em local reservado e aconteceu durante os meses de março a dezembro de 2009.

Nos estudos 1 e 3 os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

3.5 Tratamento estatístico

Para análise e interpretação dos dados utilizou-se os seguintes Softwares: Microsoft Excel v.2007 e SPSS v.16.0. O Quadro 1 mostra os objetivos e respectivos testes estatísticos aplicados para cada pesquisa. Todos os testes estatísticos aplicados nesse estudo utilizaram um intervalo de confiança de 95% ($p \leq 0,05$).

Quadro 1 - Design Estatístico

| | Objetivos | Rotinas e Testes Estatísticos |
|----------|--|--|
| ESTUDO 1 | Descrever o perfil demográfico dos pacientes participantes do estudo | Distribuição de Freqüências Estatística Descritiva |
| | Descrever o perfil clínico dos participantes do estudo | Distribuição de Freqüências Estatística Descritiva |
| | Descrever o nível de orientação dos pacientes participantes do estudo durante a internação hospitalar e nas consultas de ambulatório. | Distribuição de Freqüências Estatística Descritiva |
| | Descrever o tempo de retorno às atividades sexuais dos pacientes participantes do estudo após o infarto do miocárdio. | Distribuição de Freqüências Estatística Descritiva |
| | Descrever como os pacientes participantes do estudo consideram sua vida sexual após o infarto do miocárdio. | Distribuição de Freqüências Estatística Descritiva |
| ESTUDO 2 | Descrever o perfil dos médicos cardiologistas participantes do estudo. | Distribuição de Freqüências Estatística Descritiva Qui-quadrado |
| | Verificar o nível de auto-avaliação do conhecimento, conforto, abordagem e conhecimento dos médicos cardiologistas sobre atividade sexual em portadores de doenças cardiovasculares. | Distribuição de Freqüências Estatística Descritiva Teste T para amostras independentes |
| ESTUDO 3 | Descrever os perfis demográfico, de fatores de risco, do teste de esforço e da atividade sexual de portadores de DAC e grupo controle. | Distribuição de Freqüências Estatística Descritiva Teste T para amostras independentes |
| | Verificar a relação entre capacidade física (em MET's) e satisfação, desejo e frequência sexual semanal no grupo DAC e grupo controle.. | Correlação de Spearmann |

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Estudo 1

4.1.1 Resultados

Esta pesquisa teve por objetivo conhecer o nível de orientação que os pacientes receberam durante o período de internação ou nas consultas em ambulatório sobre atividade sexual após o infarto agudo do miocárdio.

Tabela 1 - Dados demográficos dos pacientes

| Sexo | % | n = 58 |
|------------------------------|----------|---------------|
| Masculino | 74,1 | 43 |
| Feminino | 25,9 | 15 |
| Idade | | n = 58 |
| 36 a 45 anos | 10,3 | 6 |
| 46 a 55 anos | 29,3 | 17 |
| 56 a 65 anos | 41,4 | 24 |
| 65 anos ou mais | 19,0 | 11 |
| Estado Civil | | n = 58 |
| Solteiro | 5,2 | 3 |
| União Conj. Estável (casado) | 87,9 | 51 |
| Separ/divorciado/viúvo | 6,9 | 4 |
| Religião | | n = 56 |
| Católico | 82,2 | 46 |
| Evangélico | 8,9 | 5 |
| Outras | 8,9 | 5 |
| Escolaridade | | n = 58 |
| Até 4 anos de estudo | 58,6 | 34 |
| De 5 a 8 anos de estudo | 22,4 | 13 |
| De 9 a 11 anos de estudo | 15,5 | 9 |
| 12 anos ou mais de estudo | 3,5 | 2 |
| Estrato Profissional | | n = 56 |
| 1 grau | 89,2 | 50 |
| 2 grau | 5,4 | 3 |
| 3 grau | 5,4 | 3 |
| Situação Profissional | | n = 57 |
| Ativo | 10,5 | 6 |
| Perícia | 26,3 | 15 |
| Aposentado | 61,4 | 35 |
| Desempregado | 1,8 | 1 |

Analisando a Tabela 1, podemos observar que a grande maioria dos pacientes era do sexo masculino (74,1%) e o grupo etário predominante era dos 56 aos 65 anos. O estado civil mais citado foi de casado e a religião mais prevalente a católica, com 88% e 82%, respectivamente.

De acordo com o grau de instrução, mais de 80% da amostra apresentaram menos de oito anos de estudo, equivalente ao primeiro grau. Esses valores suportam os dados profissionais, onde cerca de 90% dos sujeitos revelaram profissões equivalentes ao estrato não qualificado ou que não exigem formação acadêmica, como pedreiros, motoristas, auxiliares de serviços gerais, etc. Além disso, cerca de um terço dos sujeitos eram aposentados.

Tabela 2 - Características clínicas e orientações

| Motivo da Internação | % | n = 58 |
|------------------------------------|--------------|---------------|
| IAM | 29,3 | 17 |
| ATC | 31,0 | 18 |
| CRM | 39,7 | 23 |
| Tempo de Internação (dias) | Média | dp |
| IAM | 16,0 | 12,6 |
| ATC | 18,2 | 15,8 |
| CRM | 43,9 | 27,1 |
| O medico que lhe atendeu é: | % | n = 53 |
| Do mesmo sexo | 62,3 | 33 |
| Sexo oposto | 26,4 | 14 |
| Ambos | 11,3 | 6 |
| Recebeu orientação sobre: | % | n = 58 |
| Fatores de Risco | 82,8 | 48 |
| Dieta | 91,4 | 50 |
| Medicamentos | 91,4 | 53 |
| Exercício Físico | 86,2 | 50 |
| Atividade Sexual | 22,4 | 13 |

Com relação a doença, 31% dos pacientes foram submetidos a angioplastia e 39,7% a cirurgia de revascularização bypass. O tempo médio de internação foi de 27 dias, sendo maior naqueles que realizaram cirurgia bypass (43,9 dias), seguido pelos submetidos a ATC (18,2 dias) e IAM (16,0 dias) ($p =$

0,034). Aproximadamente 62,3% foram atendidos por médicos do mesmo sexo. Maiores detalhes estão especificados na Tabela 2.

Dentre as orientações recebidas durante o período em que estiveram hospitalizados, todos os pacientes referiram ter recebido informações satisfatórias acerca dos fatores de risco para a doença coronariana, dieta e terapia medicamentosa. Com relação ao exercício físico, 86,2% receberam prescrição ou encaminhamento para programas de atividade física regular. Apenas 22,4% dos avaliados foram instruídos sobre atividade sexual após a alta.

Entre os pacientes que receberam orientação, 41,7% disseram que iniciaram a conversa e 91% se sentiram a vontade pra conversar sobre o assunto.

Após a alta hospitalar, os pacientes continuam a ser atendidos pela instituição através do ambulatório. Da amostra, todos os pacientes já tiveram, pelo menos, uma consulta com o cardiologista e 77,4% deles já tiveram mais de 5 atendimentos durante o período. Pouco mais de 22% entraram acompanhados para a consulta com o cardiologista.

Com relação à orientação em ambulatório, 88,9% dos pacientes disseram que o médico não discutia aspectos da sexualidade.

Embora todos tenham referido que retornaram à vida sexual após o diagnóstico da doença, pacientes com IAM e/ou ATC tiveram menor tempo de espera para retomar sua vida sexual quando comparados aos seus pares submetidos a CRM. Enquanto pacientes pós IAM e/ou ATC levaram 6 semanas para retomar a atividade sexual, pacientes com CRM voltaram a vida sexual em 10,1 semanas ($t = 3475$, $p = 0,034$). Dentre os pacientes, 36% tiveram

medo em retornar a vida sexual e 52% a consideraram pior que antes da doença. Entre aqueles que não sofreram redução na qualidade da vida sexual, 38% mantiveram a frequência e satisfação e 10% alegaram melhorias na atividade sexual.

4.1.2 Discussão

Receber orientação sexual após o infarto do miocárdio é fundamental para a continuidade da vida afetiva. Nosso estudo revelou que existem muitos mitos que cercam o tema sexualidade, mesmo no âmbito médico-hospitalar. Informações sobre as doenças, dietas e medicamentos são comuns durante a internação e consultas de ambulatório, mas assuntos que remetem à vida afetiva do doente ainda parecem intimidar tanto o médico quanto o paciente.

Nossos achados corroboram outros estudos que revelam o baixo interesse do profissional no esclarecimento das dúvidas sobre como ficará a vida sexual após a descoberta da doença coronária e a influência dos medicamentos e aspectos psicológicos. Embora saibamos que exista pouca abordagem do profissional de saúde nesse aspecto, muitas vezes o paciente não toma atitude frente a sua queixa sexual. Laumann et al (2009) mostraram em recente publicação que mais de 45% dos homens e 44% das mulheres não procuram atendimento médico para seu problema. Acha que é devido ao envelhecimento ou que não é sério e que logo voltarão ao normal. Porém, aproximadamente 60% dos pacientes acharam que o médico deveria indagá-los sobre a vida íntima. Em nossos achados, entre os pacientes que receberam orientação, 40% disseram ter iniciado a conversa.

Estudo realizado com cardiologistas demonstrou que, quando houve discussão de assuntos sexuais, este foi iniciado, principalmente, pelo paciente (58,6%), seguido pelo médico (35,9%) e pela esposa (8,3%) (ASPASIA, 2008). Outro estudo revelou que 45,2% dos médicos investigavam a função sexual somente quando seus pacientes iniciavam a conversa (DE BERARDIS, 2009)

Bedell et al (2002) investigou 188 homens e 48 mulheres e revelou que a maioria destes pacientes julgou que o médico deveria aconselhar sobre como seria o vida sexual após o início do tratamento, mas somente 3% dos homens e 18% das mulheres acreditavam estar devidamente orientados. No estudo de Marwick (1999), os pacientes não conversavam sobre o assunto, pois acreditavam que iriam constranger seus médicos. Mesmo assim, os homens discutem mais os assuntos referentes a função sexual e demonstram mais preocupação com a continuidade da vida afetiva que as mulheres (43% dos homens vs 13% das mulheres) (BEDELL et al, 2002). Em nosso estudo, 30,2% dos homens conversaram com seus médicos e nenhuma mulher recebeu esse tipo de orientação ($p = 0,016$)

Esses e outros estudos revelam que existe uma falta de iniciativa na discussão do assunto, tanto do médico, que não investiga a vida sexual, quanto do paciente, que não expõe suas dificuldades sexuais ao profissional. A ausência de orientação pode gerar dúvidas no momento da retomada as atividades de relação, acarretando distúrbios psicológicos como medo, ansiedade e depressão.

O tempo médio de retorno as atividades sexuais foi maior no grupo CRM que no grupo ATC (10,1 vs 6,0 semanas). Ao contrário de nossos resultados, o estudo de Johnston et al (1978) revelou que pacientes com revascularização

retomavam a atividade sexual muito antes que seus pares com IAM (5,7 vs 9 semanas). De acordo com Mullany (2003), o tempo de retorno para quem fez CRM é de 3 a 4 semanas, mas pode variar de acordo com o processo de cicatrização do externo, o que demora aproximadamente 12 semanas. Em pacientes que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio, considerados de baixo risco e portadores de menos de 2 fatores de risco, a atividade sexual com a parceira habitual pode ser retomada com segurança 7 a 10 dias após a alta hospitalar (III Diretriz SBC, 2004). Froelicher et al (1994) demonstraram retorno de 53% dos pacientes a atividade sexual em até 3 semanas e 87% em até 12 semanas.

Gupta et al (1990), que investigou a vida sexual de 300 homens após o infarto revelou que 26% tiveram um ou mais sintomas durante o sexo e apenas 11% retomaram a vida sexual prévia. Kavanagh et al (1977) demonstrou que as razões alegadas para a redução da qualidade foram apreensão e ansiedade no retorno a relação sexual, atingindo 21% dos pacientes e 23% das esposas. Nosso estudo mostrou que 36% dos pacientes tiveram medo em voltar a ter relação sexual. As mulheres demonstraram-se mais temerosas no retorno a prática sexual (50% vs 32,4%, $p = 0,305$).

Para evitar que dúvidas aflijam o casal, a parceira deve ser incluída nas orientações (STEIN, 2006). Levantamento realizado com as esposas de pacientes com IAM torna evidente a necessidade desse conhecimento, pois 55% delas afirmaram não conhecer os riscos, cuidados e possíveis dificuldades encontradas por seus maridos na retomada às relações sexuais, afetando a freqüência e a qualidade do ato (PAPADOPOULOS et al,1980). Nesse mesmo

estudo, 24% dos casais não retomaram a vida sexual, sendo que 14% falharam após a tentativa de realização do coito.

No estudo de Steinke et al (1996), que acompanhou 164 pacientes e investigou se os mesmos receberam orientações sobre a atividade sexual e se existia diferença de acordo com a idade, sexo e estado civil. Um em cada três pacientes recebeu orientação sobre o retorno a vida sexual, mas não houve diferença significativa entre homens e mulheres e faixa etária. Porém, aqueles que viviam como casados discutiam mais sobre a sexualidade que os solteiros (39% vs 6%, $p>0,03$). Em nossa amostra, o número de pacientes sem relação conjugal estável dificultou a análise estatística, mas os resultados revelam que nenhum paciente solteiro recebeu orientação sobre atividade sexual e 25,5% dos casados esclareceram suas dúvidas. Embora os solteiros não tenham recebido informações durante a internação, 83,3% deles gostariam de conversar o assunto com seus médicos.

Os pacientes devem ser encorajados a participarem de programas de reabilitação cardíaca para que haja um retorno mais eficiente as atividades do cotidiano. Os profissionais destes programas parecem ter maior comprometimento com o retorno às atividades do dia-a-dia e são mais provedores de informações (STEINKE, 1996). A terapia sexual apresenta efetividade no retorno à vida sexual.

Pacientes submetidos a sessões de terapia retomam a vida sexual regular (dentro de um mês) em maior proporção (87% vs 50%, $p=0,05$), além de terem mais confiança para a manutenção da ereção ($p<0,001$), maior desejo ($p<0,04$) e maior prazer no ato em si ($p<0,04$). O terapeuta acompanha a história médica e sexual individual e esclarece dúvidas a respeito da doença e

que a atividade sexual pode ser retomada com segurança e qualidade. O contato com o terapeuta facilita a prescrição e adesão ao uso dos inibidores da fosfodiesterase (KLEIN et al, 2007).

Tanto o uso isolado de medicamento oral como o aconselhamento sexual apresentam efeitos positivos na qualidade de vida sexual. A fim de testar qual o melhor tratamento, Abdo et al (2008) randomizaram 117 pacientes em três grupos de pacientes com DE psicogênica ou mista: grupo com aconselhamento sexual, grupo em uso de sildenafil e grupo com ambos os tratamentos. O instrumento usado para medir foram o Male Sexual Quociente (MSQ) e o Sexual Health Inventory for Man (SHIM). Após três meses de acompanhamento houve melhora significativa tanto no MSQ quanto no SHIM nos três grupos de estudo ($p < 0,05$).

4.2 Estudo 2

4.2.1 Resultados

Este estudo teve como objetivo descrever o perfil dos profissionais de saúde participantes, bem como seu nível de conhecimento, conforto e abordagem do tema atividade sexual nos pacientes cardiovasculares. Os sujeitos da pesquisa participaram voluntariamente do preenchimento dos questionários em eventos científicos e congressos nacionais e a adesão dos profissionais médicos foi de 41% (263/108) (Anexo 1).

Tabela 3 – Perfil demográfico dos participantes cardiologistas

| DADOS DEMOGRÁFICOS | | | | | |
|---------------------------|---------------|----|---------|----------|-------|
| | | % | (n=106) | χ^2 | p |
| Idade | 25 a 35 anos | 34 | 34 | 4,717 | 0,194 |
| | 36 a 45 anos | 21 | 21 | | |
| | 46 a 55 anos | 31 | 31 | | |
| | 56 a 72 anos | 20 | 20 | | |
| Sexo | | % | (n=107) | 12,794 | 0,000 |
| | Masculino | 72 | 72 | | |
| | Feminino | 35 | 35 | | |
| Estado Civil | | % | (n=105) | 31,736 | 0,000 |
| | Casado | 83 | 83 | | |
| | Solteiro | 22 | 22 | | |
| Formação | | % | (n=108) | 65,333 | 0,000 |
| | Especialista | 96 | 96 | | |
| | Mestre/Doutor | 12 | 12 | | |

Conforme a Tabela 3, os integrantes do estudo são, em sua maioria, do sexo masculino e estado civil casado. A idade média do grupo foi $44,0 \pm 11,8$ anos e o grupo etário mais abrangente encontrou-se entre 25 e 35 anos, seguido pelos profissionais de 46 a 55 anos.

Além da formação de médicos especialistas em cardiologia, 11,1% possuíam títulos acadêmicos de mestrado e/ou doutorado.

A Tabela 4 descreve a auto-avaliação do conhecimento, conforto e abordagem dos cardiologistas frente às orientações sobre atividade sexual.

Tabela 4 – Respostas positivas sobre auto-avaliação do conhecimento, conforto e abordagem dos cardiologistas sobre atividade sexual.

| Sessão 1 – Auto-avaliação do conhecimento¹ | Bom/Ótimo Conhecimento | | |
|--|-----------------------------------|----------------|----------|
| | % | n = 105 | |
| <i>Anatomia e fisiologia sexuais</i> | 90,5 | 95 | |
| <i>Efeito das medicações de uso em cardiologia na função sexual</i> | 87,6 | 92 | |
| <i>Métodos de aconselhamento sexual</i> | 57,1 | 60 | |
| <i>Cuidados no retorno às atividades sexuais pós IAM/RM</i> | 78,1 | 82 | |
| <i>Indicações e contra-indicações de medicamentos para DE</i> | 64,8 | 68 | |
| <i>Doença cardíaca e gravidez</i> | 61,9 | 65 | |
| <i>Angina e atividade sexual</i> | 79,1 | 83 | |
| <i>Riscos da atividade sexual no sistema cardiovascular</i> | 79,1 | 83 | |
| <i>Média de respostas positivas</i> | 74,8 | | |
| Sessão 2 - Conforto² | Nenhum/Baixo Desconforto | | p |
| | % | n = 105 | |
| <i>Como se sente ao iniciar uma conversa sobre atividade sexual com um paciente do mesmo sexo que você?</i> | 93,3 | 98 | 0,000 |
| <i>Como se sente ao iniciar uma conversa sobre atividade sexual com um paciente do sexo oposto ao seu?</i> | 69,5 | 73 | |
| <i>Como você se sente se um paciente do mesmo sexo que o seu inicia a conversa sobre atividade sexual?</i> | 97,1 | 102 | 0,000 |
| <i>Como você se sente se um paciente do sexo oposto ao seu que o seu inicia a conversa sobre atividade sexual?</i> | 87,6 | 92 | |
| Sessão 3 - Abordagem³ | Quase Sempre/Sempre Aborda | | |
| | % | n = 104 | |
| <i>Você aborda o assunto atividade sexual com seus pacientes?</i> | 33,7 | 35 | |

Legenda

1- **Autoconhecimento**: escala ordinal de 1 a 4 (Nenhum, Pouco, Bom e Ótimo Conhecimento);

2- **Conforto**: escala ordinal de 1 a 4 (Alto, Médio, Baixo e Nenhum Desconforto);

3- **Abordagem**: escala ordinal de 1 a 4 (Nunca, As Vezes, Quase Sempre e Sempre).

Na auto-avaliação do conhecimento, medido através de 8 questões da sessão 1 do questionário, a escala ordinal variou de 1 a 4, e a pontuação de 8 a 32. Quanto maior a pontuação, maior o conhecimento sobre atividade sexual.

De acordo com o apresentado na Tabela 2, a maioria dos participantes declarou ótimo/bom conhecimento, com média de 74,8% das respostas positivas. As exceções foram nos itens *Métodos de aconselhamento sexual*,

Indicações e contraindicações de medicamentos para DE e Doença cardíaca e gravidez, com respostas positivas relatadas por menos de 70% dos avaliados.

Com relação ao conforto, medida na sessão 2 do instrumento, o escore das 4 questões variou de 4 a 16. Quanto maior a pontuação, maior o conforto do médico frente às situações e conversas que envolvam a sexualidade do paciente.

Conversar com um paciente do mesmo sexo sobre atividade sexual foi confortável para mais de 90% dos médicos, não havendo diferenciação se o assunto foi iniciado pelo profissional de saúde ou pelo paciente. Quando o paciente é do sexo oposto ao do profissional, os escores de conforto são significativamente mais baixos ($p = 0,000$), independente de quem inicie a conversa.

A abordagem sobre o tema atividade sexual foi avaliada através da sessão 3, e o escore variou de 1 a 4. Quanto maior a pontuação, maior a frequência de abordagem nas orientações médicas. Dos avaliados, apenas 35 relataram conversar o assunto em suas rotinas, totalizando 33,7% dos profissionais de saúde.

A sessão 4 do instrumento continha um teste de conhecimentos sobre as situações rotineiramente encontradas no atendimento ao paciente pós-infarto. As 10 questões dessa sessão foram retiradas de documentos publicados nos periódicos internacionais e pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, divulgadas através de diretrizes e consensos. Cada questão apresentou cinco alternativas (A a E) e somente uma era a correta. Portanto, o escore dessa sessão variou de 0 a 10, ou seja, quanto maior a pontuação, maior o número de acertos.

A Tabela 5 apresenta o percentil de acertos dos profissionais em todas as questões.

Tabela 5 – Percentil de acertos no teste de conhecimentos

| Sessão 4 – Teste de Conhecimentos | % | n |
|--|----------|----------|
| <i>Questão 1</i> | 46,3 | 50 |
| <i>Questão 2</i> | 97,2 | 105 |
| <i>Questão 3</i> | 89,8 | 97 |
| <i>Questão 4</i> | 42,6 | 46 |
| <i>Questão 5</i> | 57,4 | 62 |
| <i>Questão 6</i> | 67,6 | 73 |
| <i>Questão 7</i> | 48,1 | 52 |
| <i>Questão 8</i> | 96,3 | 104 |
| <i>Questão 9</i> | 76,9 | 83 |
| <i>Questão 10</i> | 33,3 | 36 |
| Acertos | | |
| <i>1 a 3 acertos</i> | 4,6 | 05 |
| <i>4 a 6 acertos</i> | 41,7 | 45 |
| <i>7 e 8 acertos</i> | 41,7 | 45 |
| <i>9 e 10 acertos</i> | 12,1 | 13 |
| Média de acertos | 6,6±1,6 | |

A média de acertos dos cardiologistas no *teste de conhecimentos* foi de 6,6 pontos, com 53,8% dos participantes acertando 7 ou mais questões. Não houve diferença entre a média de acertos dos avaliados do sexo masculino e feminino (6,8±1,5 vs 6,2±1,8; t = 1,934, p=0.056).

As questões referentes a auto-avaliação do conhecimento, conforto, abordagem e a nota no teste de conhecimentos e suas diferenças de acordo com os dados demográficos estão expressas nas tabela seguinte:

Tabela 6 – Autoconhecimento x Dados demográficos
SESSÃO AUTO-AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO*

| Geral | Média | DP | % | t | sig |
|---------------------|--------------|-----------|----------|----------|------------|
| | 23,5 | 4,2 | 73,4 | -- | -- |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 23,9 | 4,4 | 74,7 | 1,489 | 0,140 |
| Feminino | 22,6 | 3,6 | 70,6 | | |
| Idade | | | | | |
| Até 45 anos | 23,4 | 3,6 | 73,1 | -0,229 | 0,819 |
| Acima 45 anos | 23,6 | 4,8 | 73,8 | | |
| Estado Civil | | | | | |
| Casado | 23,2 | 4,3 | 72,5 | -1,291 | 0,200 |
| Solteiro | 24,5 | 4,2 | 76,6 | | |
| Titulação | | | | | |
| Especialista | 23,4 | 3,7 | 73,1 | 0,537 | 0,592 |
| Mestre/Doutor | 24,1 | 4,3 | 75,3 | | |

*Pontuação Mínima = 8 pontos; Pontuação Máxima = 32 pontos.

Conforme os dados apresentados na Tabela 6, o conhecimento auto-referido pelos profissionais não difere entre os médicos do sexo masculino e feminino, bem como pela faixa etária, estado civil ou titulação acadêmica.

Com relação ao Conforto durante os assuntos que envolvam orientação para a atividade sexual, médicos com maior titulação acadêmica referiram maior conforto para discutir o assunto com seus pacientes. Outros dados demográficos não apresentam diferenças significativas e podem ser observados na Tabela 7.

Tabela 7 – Conforto x Dados demográficos

| SESSÃO CONFORTO* | | | | | |
|-------------------------|--------------|-----------|----------|----------|------------|
| Geral | Média | DP | % | t | sig |
| | 13,1 | 2,3 | 81,9 | -- | -- |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 13,7 | 2,3 | 85,6 | -0,795 | 0,428 |
| Feminino | 14,1 | 2,4 | 88,1 | | |
| Idade | | | | | |
| Até 45 anos | 13,7 | 2,1 | 86,6 | -0,605 | 0,547 |
| Acima 45 anos | 14,0 | 2,5 | 87,5 | | |
| Estado Civil | | | | | |
| Casado | 14,0 | 2,4 | 87,5 | 1,133 | 0,260 |
| Solteiro | 13,4 | 2,0 | 83,8 | | |
| Titulação | | | | | |
| Especialista | 13,7 | 1,7 | 85,6 | 2,114 | 0,037* |
| Mestre/Doutor | 15,2 | 2,3 | 95,0 | | |

*Pontuação Mínima = 4 pontos; Pontuação Máxima = 16 pontos.

A Abordagem do tema com os pacientes não apresentou diferenças entre os profissionais. Porém, profissionais com maior titulação acadêmica tendem a abordar mais o assunto que seus pares especialistas (Tabela 8).

Tabela 8 – Abordagem x Dados demográficos

| SESSÃO ABORDAGEM* | | | | | |
|--------------------------|--------------|-----------|----------|----------|------------|
| Geral | Média | DP | % | t | sig |
| | 2,4 | 0,7 | 60 | -- | -- |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 2,4 | 0,7 | 60,0 | 0,569 | 0,571 |
| Feminino | 2,3 | 0,6 | 57,5 | | |
| Idade | | | | | |
| Até 45 anos | 2,3 | 0,6 | 57,5 | -0,826 | 0,411 |
| Acima 45 anos | 2,4 | 0,7 | 60,0 | | |
| Estado Civil | | | | | |
| Casado | 2,4 | 0,7 | 60,0 | 0,825 | 0,411 |
| Solteiro | 2,3 | 0,6 | 57,5 | | |
| Titulação | | | | | |
| Especialista | 2,3 | 1,1 | 57,5 | 1,579 | 0,117 |
| Mestre/Doutor | 2,7 | 0,6 | 67,5 | | |

*Pontuação Mínima = 1 ponto; Pontuação Máxima = 4 pontos.

Além da auto-avaliação do conhecimento, o instrumento contém um Teste de Conhecimentos cujo objetivo foi investigar o que o médico referia de conhecimento e o que ele realmente sabia, respectivamente. Embora não

houvesse diferenças significativas, profissionais homens e idade superior a 45 anos tendem a apresentar maior escore no teste, conforme Tabela 9.

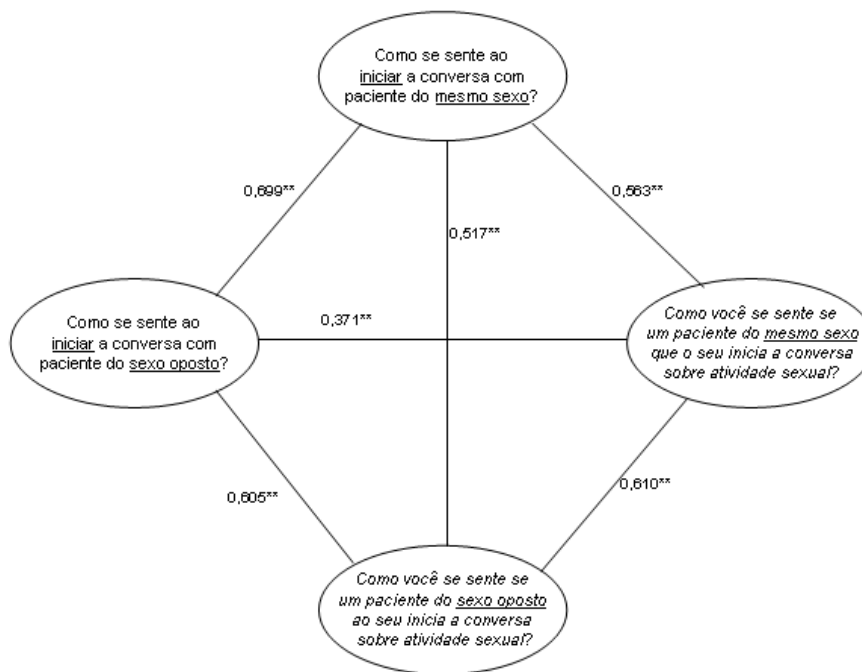
Tabela 9 – Teste de Conhecimentos x Dados demográficos

| SESSÃO TESTE DE CONHECIMENTOS* | | | | | |
|---------------------------------------|--------------|-----------|----------|----------|------------|
| Geral | Média | DP | % | t | sig |
| | 6,6 | 1,6 | 66 | -- | -- |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 6,8 | 1,5 | 68,0 | 1,934 | 0,056 |
| Feminino | 6,2 | 1,8 | 62,0 | | |
| Idade | | | | | |
| Até 45 anos | 6,3 | 1,8 | 63,0 | -1,942 | 0,055 |
| Acima 45 anos | 7,0 | 1,4 | 70,0 | | |
| Estado Civil | | | | | |
| Casado | 6,6 | 1,6 | 66,0 | -0,248 | 0,805 |
| Solteiro | 6,7 | 1,8 | 67,0 | | |
| Titulação | | | | | |
| Especialista | 6,6 | 1,6 | 66,0 | 1,186 | 0,238 |
| Mestre/Doutor | 7,2 | 1,6 | 72,0 | | |

*Pontuação Mínima = 1 ponto; Pontuação Máxima = 10 pontos.

Correlações

Não houve correlações entre as sessões do instrumento (Sessão de Auto-avaliação do Conhecimento, Conforto, Abordagem e Teste de Conhecimentos). Porém, na Sessão Conforto houve correlação entre todos os itens, ou seja, se existe conforto perante o assunto, esse independe de quem inicie a conversa ou mesmo do sexo do paciente. Maiores detalhes podem ser observados na Figura 1.



[†]Teste de Spearman

** correlação significativa (0,01)

Figura 1 – Correlações¹ existentes nos itens da Sessão Conforto.

Linhas de tendência - Teste de Conhecimentos

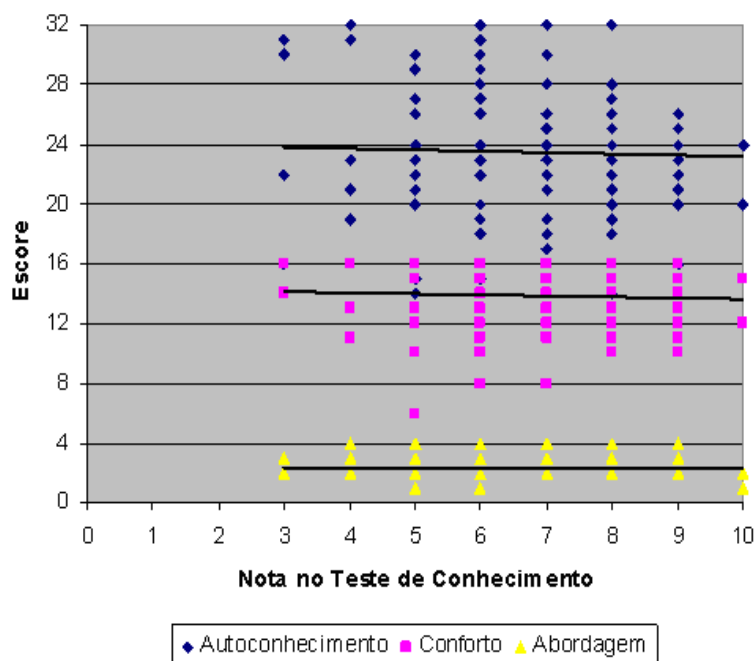


Figura 2 – Linha de tendência x Teste de Conhecimentos

A Figura 2 revela que, apesar de não haver correlações, os dados apresentam linhas de tendência pouco favoráveis a uma correlação negativa.

Quanto maior a nota no teste de conhecimento, menor o somatório nas questões de auto-avaliação do conhecimento e menor o conforto nas conversas sobre sexualidade em consultório. A abordagem não variou conforme o escore do teste.

Linhas de tendência – Idade

A Figura 3 apresenta as linhas de tendência referentes a variável idade. Encontramos que, com o aumento da idade, ocorreu aumento nos escores de auto-avaliação do conhecimento, conforto e nota no teste de conhecimentos. A abordagem não variou com o aumento da idade.

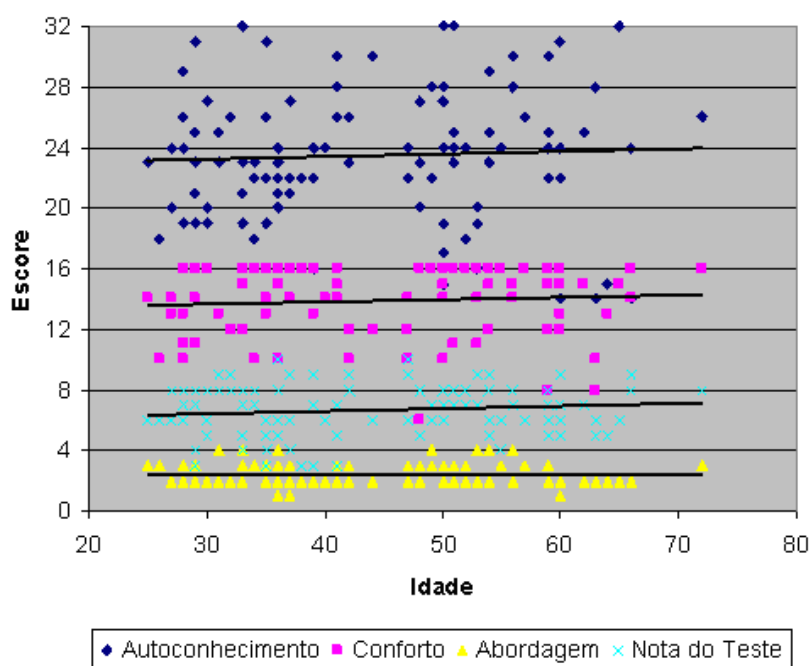


Figura 3 – Linha de Tendência x Idade

4.2.2 Discussão

Apesar de existirem muitos mitos e dificuldades em estudar a relação da vida afetiva e o paciente cardíaco, a literatura internacional oferece suporte suficiente para os profissionais na orientação do retorno a atividade sexual (DEBRUSK et al, 2000; FALK, 2001; MULLER, 1999; RERKPATTANAPIPAT et al, 2001; TAYLOR, 1999). Hoje se sabe que as dificuldades encontradas pelos pacientes no retorno a vida sexual são referentes mais aos aspectos psicológicos que os fisiológicos (OLIVEIRA JR, 1986), e que o esclarecimento de dúvidas sobre a segurança da atividade sexual podem auxiliar o paciente nesse retorno.

No presente estudo, o objetivo foi conhecer o nível de auto-avaliação do conhecimento do médico cardiologista e o conforto e abordagem frente às situações que envolvem a vida sexual de seu paciente.

Com relação a auto-avaliação do conhecimento, respondido através de oito questões referentes aos cuidados no retorno a vida sexual após a descoberta da doença cardíaca, encontramos uma média de 74,5% de respostas positivas. Pouco mais de 35% dos participantes julgaram pouco ou nenhum conhecimento nos assuntos referentes às “*Indicações e contraindicações de medicamentos para DE*”. No estudo de Vassiliadou et al (2008), 44,8% dos cardiologistas indicaram corretamente o uso de sildenafil como estratégia terapêutica para DE, com tendência dos médicos mais jovens recomendarem mais seu uso. No geral, nosso estudo não diferenciou o autoconhecimento dos profissionais, sendo semelhantes em relação à idade, sexo, estado civil ou formação dos profissionais.

Com relação ao conforto, os resultados permitem inferir que existe uma dificuldade dos profissionais em discutir aspectos da sexualidade, principalmente com paciente do sexo oposto. De acordo com Aspásia et al (2008), há relutância do médico em investigar a vida sexual de seu paciente. O desconforto em falar sobre a intimidade, a dificuldade da linguagem e, até mesmo, aspectos como idade, diferenças culturais e crenças religiosas podem esconder a dimensão do problema. Nossos resultados revelam que mais de 90% dos médicos se mostraram confortáveis em conversar o assunto quando o paciente é do mesmo sexo que o seu. Quando o paciente é do sexo oposto, cerca 30% revelaram se sentir desconfortável perante os assuntos que envolvam a vida sexual do paciente.

Vassiliadou et al (2008) entrevistaram 203 enfermeiros e investigaram o conforto perante as orientações sobre atividade sexual. Menos de metade dos entrevistados (42%) se sentiam confortáveis em discutir tais assuntos. Os escores de conforto foram significativamente maiores para os homens ($p=0,004$) e para os profissionais com experiência maior que 5 anos ($p=0,018$).

O desconforto ou mesmo o baixo conforto sustentam a hipótese de que os profissionais sentem-se inseguros em orientar os pacientes sobre assuntos da sexualidade. Em grande estudo envolvendo mais de 4.700 ginecologistas brasileiros revelou que apenas 44% destes profissionais investigam regularmente a vida sexual de suas pacientes. Mesmo sendo a especialidade que estuda os aspectos da funcionalidade sexual, 49% se mostrou pouco seguro para abordar problemas sexuais. Entre aqueles que se julgaram “seguros”, 58% o fazem rotineiramente. Já entre os “inseguros” esse valor caiu para 30% ($p<0,05$). (ABDO, s/d)

Steinke (1996), em um de seus estudos sobre sexualidade, mostrou que o conforto e a atitude são semelhantes em diferentes unidades hospitalares e que a falta de conhecimento é derivada dos centros acadêmicos. Mostrou, ainda, que aqueles enfermeiros que demonstraram mais confortáveis com os assuntos da sexualidade eram os que realmente orientavam seus pacientes ($p=0,001$).

De acordo com nossos resultados, embora os médicos revelem que se sentem confortáveis perante pacientes do mesmo sexo, apenas um terço abordou o assunto atividade sexual durante seu atendimento de rotina. Cerca de 60% o fazem esporadicamente e 3,8% nunca abordam o assunto. No estudo com cardiologistas de Israel, que envolveu 364 médicos, menos de 25% disseram que iniciam a conversa sobre atividade sexual e possíveis dificuldades que poderiam surgir após o infarto. Somente 6% questionam as pacientes do sexo feminino, mas 24% investigam a vida sexual masculina. Os médicos mais jovens tendem a ser mais receptivos aos desafios do tratamento das disfunções sexuais (ROTH, 2003). No estudo de De Bernardis (2009), cada ano de idade diminuía em 14% a probabilidade de prescrição de drogas para o tratamento das disfunções sexuais.

Esses valores corroboram com os encontrados por outros profissionais de saúde. Na Turquia, quatro hospitais foram sede de uma pesquisa com enfermeiros e mostrou que estes não conheciam as mudanças ocorridas na vida sexual do paciente após o infarto do miocárdio e, conseqüentemente, 99,4% não oferecem esse tipo de orientação para seus pacientes. (ÖZDEMIR et al, s/d)

Entrevistas conduzidas durante encontro de enfermeiros na Grécia, cujo objetivo era investigar a abordagem frente às situações que envolviam aspectos da sexualidade mostrou que somente 20,7% dos profissionais, de fato, orientavam seus pacientes e 39,1% o faziam esporadicamente. (VASSILIADOU et al, 2008). Na Itália, outro estudo mais recente conduzido com 238 médicos clínicos mostrou que somente 9,6% investigaram a função erétil de seus pacientes (DE BERNARDIS, 2009)

Embora não existam diferenças na abordagem dos profissionais homens e mulheres, quando há diagnóstico de disfunção sexual no paciente do sexo masculino as médicas cardiologistas preferem encaminhar ao especialista (76%) enquanto os homens o fazem em menor proporção (56%; $p=0,01$) (ROTH et al, 2003).

Outro tópico a ser discutido diz respeito ao conhecimento referente aos assuntos que envolvem a atividade sexual do paciente após o infarto do miocárdio. Para tanto, elaboramos um teste de conhecimentos com dez questões contendo informações mais comumente discutidas no âmbito hospitalar e acadêmico.

A média de acertos foi de 6,6 pontos e 12% dos cardiologistas obtiveram 9 ou 10 respostas corretas. No outro extremo, tivemos 4,6% acertando de 1 a 3 questões e 41,7% acertando de 4 a 6. Embora não houvesse diferença significativa entre os sexos, os homens tendem a acertar mais questões no teste ($6,8\pm 1,5$ vs $6,2\pm 1,8$; $p=0.056$).

Estudo israelense, com desenho semelhante ao nosso (Sexual Activity Cardiological Survey), envolveu 364 médicos cardiologistas que responderam a um questionário com 15 itens envolvendo fisiologia cardiovascular na atividade

sexual e epidemiologia. As questões foram avaliadas separadamente e pode-se observar que o nível de conhecimento entre homens e mulheres foi similar. (ROTH et al, 2003) Na Grécia, o mesmo instrumento aplicado a 145 cardiologistas demonstrou que os médicos tendem a subestimar os problemas, além de não estarem bem informados sobre o assunto, especialmente os cardiologistas com menor tempo de experiência. (ASPÁSIA et al, 2008)

Entre os enfermeiros os valores nos testes de conhecimento são ainda mais alarmantes. Em instrumento criado por um grupo de enfermeiros e aplicado num grupo de 140 companheiros de profissão os resultados apontam extrema limitação no conhecimento e, conseqüentemente, desconforto nas situações que envolvem a intimidade do paciente. Das 15 questões elaboradas com base na literatura, apenas 0,9% dos enfermeiros responderam corretamente nove delas. Treze por cento não acertou nenhuma questão e 23% acertou uma. Apesar dos baixos escores, os enfermeiros mais jovens (<50 anos) e solteiros tendem a apresentar maiores conhecimentos nesse assunto, talvez por não terem adotado, ainda, os valores morais do casamento e, por terem, pensamentos mais modernos. (ÖZDEMİR, s/d)

A iniciativa das questões sobre a função sexual deve partir do médico assistente. A fim de evitar o constrangimento do paciente, o profissional de saúde deve conversar sobre a sexualidade, de preferência com questões diretas e sem julgamentos como, por exemplo, “Como está sua vida sexual?”, “Como está o relacionamento com seu cônjuge?” e “Você já experimentou algum tipo de problema no ato sexual?” (LEVINE et al, 2000). E essas questões devem ser parte integrante da consulta médica, assim como

informações sobre o retorno as atividades habituais, sociais e laborais (STEIN et al, 2006).

Muitas vezes a orientação sobre os cuidados para o retorno a atividade sexual é substituída por materiais impressos e panfletos, mas isso não é suficiente para instruir o paciente. Ainda existe a possibilidade da informação ser repassada por vídeos, onde o paciente e seu cônjuge possam assistir em seus lares, num momento em que sentirem mais a vontade (STEINKE et al, 2002). Esses materiais se configuram como forma adicional de educação e devem ser acompanhados de instrução verbal, para que haja esclarecimentos das dúvidas que possam surgir (STEINKE et al, 1996).

4.3 Estudo 3

4.3.1 Resultados

Este estudo teve por finalidade conhecer a influência da capacidade física sobre o desejo sexual, frequência sexual semanal, satisfação sexual e importância do sexo na vida de homens de 39 a 72 anos, portadores de DAC. Para tanto utilizamos um grupo de homens hígidos para comparação (grupo controle).

Foram entrevistados 114 sujeitos no ambulatório do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. Destes, 77% completaram o protocolo de pesquisa e fizeram parte da análise. Do restante, 18 sujeitos por utilização de outros protocolos de teste de esforço e 12 por inconsistência das respostas e dificuldades de interpretação foram excluídos do estudo.

O grupo DAC foi composto por 42 pacientes com 57,1 anos (39 a 71 anos). Destes, 14 foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio por bypass (CRM), 11 angioplastia (ATC), 11 infarto do miocárdio e sete com doença estabelecida e tratamento clínico. O grupo controle foi formado por 42 homens saudáveis e 54,1 anos (43 a 72 anos). Entre os pacientes do Grupo DAC, todos faziam uso de terapia medicamentosa com betabloqueador.

As características da amostra e as particularidades de cada grupo estão expressas na tabela a seguir (tabela 10).

Tabela 10 – Características gerais dos participantes (DAC x Controle)

| | Geral | n = 84 | DAC | n = 42 | Cont | n = 42 | t | sig |
|---------------------------|--------------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|----------------------|------------|
| Dados Demográficos | Média | DP | Média | DP | Média | DP | | |
| Idade (anos) | 55,5 | 7,4 | 57,1 | 7,7 | 54,1 | 6,9 | 0,963 | 0,072 |
| Peso (kg) | 78,1 | 12,1 | 77,1 | 12,0 | 79,2 | 12,3 | 0,085 | 0,443 |
| Estatura (m) | 1,68 | 0,07 | 1,68 | 0,07 | 1,69 | 0,07 | 0,438 | 0,280 |
| Circ. Cintura (cm) | 97,6 | 9,8 | 98,0 | 9,5 | 97,2 | 10,1 | 0,439 | 0,715 |
| Casado (anos) | 28,4 | 11,8 | 28,5 | 14,0 | 28,2 | 9,4 | 6,533 | 0,916 |
| Escolaridade (anos) | 5,0 | 3,5 | 4,9 | 3,1 | 5,1 | 3,8 | 1,499 | 0,795 |
| Fatores de Risco | % | n | % | n | % | n | X² | sig |
| HAS (%) | 69,9 | 58/83 | 85,7 | 36/42 | 52,4 | 22/41 | 10,129 | 0,001* |
| DM (%) | 13,1 | 11/84 | 9,5 | 4/42 | 16,7 | 7/42 | 0,941 | 0,332 |
| Tabagismo (%) | 21,4 | 18/84 | 26,2 | 11/42 | 16,7 | 7/42 | 1,131 | 0,287 |
| Coolest. Elevado (%) | 53,6 | 45/84 | 78,6 | 33/42 | 28,6 | 12/42 | 21,108 | 0,000* |
| Obesidade (%) | 25,0 | 21/84 | 23,8 | 10/42 | 26,2 | 11/42 | 0,063 | 0,801 |
| Sedentarismo (%) | 33,3 | 28/84 | 35,7 | 15/42 | 31,0 | 13/42 | 0,214 | 0,643 |
| Depressão (%) | 6,0 | 5/84 | 7,1 | 3/42 | 4,8 | 2/42 | 0,213 | 0,645 |
| Teste Ergométrico | Média | DP | Média | DP | Média | DP | t | sig |
| Protocolo | -- | -- | Bruce | -- | Ellestad | -- | -- | -- |
| FC pré-teste (bpm) | 68,4 | 14,5 | 63,7 | 12,5 | 73,5 | 12,9 | 1,148 | 0,003* |
| FC pico (bpm) | -- | -- | 125,8 | 29,5 | 150 | 20,8 | 3,908 | 0,000* |
| PAS pré (mmHg) | -- | -- | 113,7 | 27,0 | 122,7 | 20,1 | 0,731 | 0,093 |
| PAS pico (mmHg) | -- | -- | 149,4 | 36,3 | 176,4 | 29,8 | 0,016 | 0,000* |
| PAD pré (mmHg) | -- | -- | 66,0 | 10,9 | 70,2 | 11,2 | 0,447 | 0,086 |
| PAD pico (mmHg) | -- | -- | 75,0 | 19,9 | 77,5 | 8,3 | 2,755 | 0,449 |
| Tempo (seg) | -- | -- | 479,4 | 150,1 | 418,7 | 123,9 | 1,465 | 0,047* |
| MET's | 10,0 | 3,4 | 8,41 | 1,9 | 11,7 | 3,7 | 7,177 | 0,000* |
| Duplo Produto | 23270 | 6607,8 | 19975 | 5649,8 | 26391 | 5948,2 | 0,033 | 0,000* |
| Atividade Sexual | Média | DP | Média | DP | Média | DP | t | sig |
| Importância | 7,9 | 1,8 | 7,8 | 1,9 | 8,0 | 1,7 | 2,857 | 0,474 |
| Desejo | 7,1 | 2,2 | 7,1 | 2,3 | 7,1 | 2,0 | 1,545 | 0,961 |
| Frequência | 1,9 | 1,5 | 1,9 | 1,3 | 2,0 | 1,6 | 0,298 | 0,802 |
| Satisfação | 6,5 | 2,3 | 6,0 | 2,6 | 7,0 | 1,8 | 4,188 | 0,060 |

Conforme podemos observar, os dados demográficos foram similares em ambos os grupos. Entre os fatores de risco, a incidência de HAS e CT foi maior em portadores de DAC. Os valores do teste ergométrico apresentaram diferenças significativas no tempo, duplo produto (PAS x FC), FC pré e pico, na PAS pico e no coeficiente metabólico (MET's), explicados pelas diferenças de protocolos e grupos de estudo.

Com relação à atividade sexual, também não houve diferença entre as variáveis, embora a satisfação sexual tenha apresentado tendência a ser maior no grupo controle.

Entre os fatores citados para justificar os escores da atividade sexual, a tabela a seguir apresenta os principais desconfortos e dificuldades encontradas pelos sujeitos da pesquisa (Tabela 11).

Tabela 11 – Desconfortos e dificuldades sexuais

| Atividade Sexual | Geral | | DAC | | Controle | | X ² | Sig |
|------------------------------|-------|-------|------|-------|----------|-------|----------------|--------|
| | % | n | % | n | % | n | | |
| Desconforto no sexo? | 43,2 | 35/81 | 55 | 22/40 | 31,7 | 13/41 | 4,477 | 0,034* |
| Cansaço exagerado | 26,8 | 22/81 | 27,5 | 11/40 | 26,8 | 11/41 | 0,005 | 0,946 |
| Dor no peito | 17,1 | 14/82 | 30 | 12/40 | 4,8 | 2/42 | 9,217 | 0,002* |
| Dor nas pernas | 4,9 | 4/82 | 5,0 | 2/40 | 4,8 | 2/42 | 0,003 | 0,960 |
| Dispneia | 15,8 | 13/82 | 22,5 | 9/40 | 9,5 | 4/42 | 2,586 | 0,208 |
| Tontura | 4,9 | 4/82 | 2,5 | 1/40 | 7,1 | 3/42 | 0,952 | 0,329 |
| Dificuldades no sexo? | 45,2 | 38/84 | 52,4 | 22/42 | 38,1 | 16/42 | 1,730 | 0,188 |
| Disfunção Erétil | 34,9 | 29/83 | 46,3 | 19/41 | 23,8 | 10/42 | 4,634 | 0,031* |
| Ejaculação rápida | 12,0 | 10/83 | 19,5 | 8/41 | 4,8 | 2/42 | 4,260 | 0,039* |
| Dificuldade do parceiro | 9,6 | 8/83 | 12,2 | 5/41 | 7,1 | 3/42 | 0,608 | 0,436 |
| Não chega ao orgasmo | 7,4 | 6/81 | 10,3 | 4/39 | 4,8 | 2/42 | 2,219 | 0,528 |

A angina do peito foi o desconforto mais comum durante o ato sexual e atingiu 30% dos pacientes com DAC. Entre as queixas sexuais deste grupo, 46,3% foi devida aos problemas de ereção e cerca de 20% a ejaculação rápida.

Os portadores de DAC com DE eram mais velhos, se mostraram menos satisfeitos sexualmente e com menor frequência sexual semanal. Além do mais, apresentaram menor escolaridade, porém, sem diferença significativa (Tabela 12).

Tabela 12 - Prevalência de DE em portadores de DAC

| DISFUNÇÃO ERÉTIL | Sim n = 19 | | Não n = 22 | | t | Sig |
|----------------------------------|----------------------|--------|----------------------|--------|----------|------------|
| Dados Demográficos | | | | | | |
| Idade (anos) | 60,2 | 7,3 | 54,5 | 7,3 | 0,080 | 0,021* |
| Tempo de Casamento (anos) | 29,6 | 16,1 | 27,2 | 11,5 | 3,000 | 0,632 |
| Escolaridade (anos) | 4,0 | 2,7 | 5,7 | 3,4 | 0,976 | 0,095 |
| Volume de Exercício (min/semana) | 253,1 | 122,4 | 222,5 | 115,5 | 0,227 | 0,615 |
| Peso (kg) | 76,3 | 6,5 | 77,8 | 11,8 | 0,003 | 0,704 |
| Estatura (m) | 1,69 | 0,1 | 1,67 | 0,1 | 0,248 | 0,406 |
| Circ. Cintura (cm) | 98,5 | 11,4 | 97,5 | 7,5 | 2,793 | 0,726 |
| Teste Ergométrico | | | | | | |
| Tempo (s) | 469,4 | 147,7 | 482,1 | 156,3 | 0,071 | 0,791 |
| MET's | 8,4 | 1,9 | 8,3 | 2,0 | 0,677 | 0,844 |
| Duplo Produto | 18750,0 | 4846,8 | 21071,6 | 6204,7 | 0,782 | 0,223 |
| Atividade Sexual | | | | | | |
| Importância do sexo | 7,6 | 2,1 | 8,0 | 1,8 | 0,495 | 0,489 |
| Desejo Sexual | 6,4 | 2,6 | 7,8 | 2,1 | 0,970 | 0,069 |
| Frequência Sexual | 1,3 | 1,1 | 2,3 | 1,3 | 0,463 | 0,020* |
| Satisfação Sexual | 4,9 | 2,6 | 7,1 | 2,3 | 0,413 | 0,009* |

No grupo controle, homens com DE eram mais velhos e possuíam menor capacidade no teste de esforço. Com relação aos aspectos sexuais, embora julgassem elevada a importância do sexo em suas vidas e mantiverem o desejo sexual, portadores de DE eram menos satisfeitos com a atividade sexual. Maiores detalhes podem ser vistos na Tabela 13.

Tabela 13 - Prevalência de DE em homens hígidos (Controle)

| DISFUNÇÃO ERÉTIL | Sim n = 10 | | Não n = 32 | | t | Sig |
|----------------------------------|----------------------|--------|----------------------|--------|----------|------------|
| Dados Demográficos | | | | | | |
| Idade (anos) | 58,2 | 5,5 | 52,8 | 6,9 | 1,996 | 0,031* |
| Tempo de Casamento (anos) | 27,5 | 11,9 | 28,5 | 8,6 | 1,144 | 0,783 |
| Escolaridade (anos) | 4,1 | 3,6 | 5,4 | 3,9 | 0,330 | 0,381 |
| Volume de Exercício (min/semana) | 210,0 | 127,3 | 220,5 | 123,0 | 0,065 | 0,915 |
| Peso (kg) | 75,8 | 6,7 | 80,1 | 13,4 | 4,845 | 0,359 |
| Estatura (m) | 1,69 | 0,04 | 1,69 | 0,08 | 1,878 | 0,856 |
| Circ. Cintura (cm) | 96,8 | 4,0 | 97,2 | 11,3 | 9,219 | 0,927 |
| Teste Ergométrico | | | | | | |
| Tempo (s) | 351,3 | 110,2 | 439,8 | 121,8 | 0,437 | 0,047* |
| MET's | 9,7 | 2,3 | 12,5 | 4,0 | 5,697 | 0,047* |
| Duplo Produto | 25523,0 | 7057,8 | 26701,8 | 5612,7 | 0,398 | 0,598 |
| Atividade Sexual | | | | | | |
| Importância do sexo | 8,2 | 1,7 | 8,0 | 1,7 | 0,001 | 0,753 |
| Desejo Sexual | 7,0 | 1,6 | 7,2 | 2,2 | 1,267 | 0,804 |
| Frequência Sexual | 1,4 | 1,0 | 2,1 | 1,7 | 2,120 | 0,221 |
| Satisfação Sexual | 6,0 | 2,0 | 7,3 | 1,7 | 0,063 | 0,046* |

Correlações

A Tabela 14 apresenta as correlações encontradas entre as variáveis relacionadas à Atividade Sexual.

Tabela 14 – Correlações¹ do Grupo Controle

| | | |
|--------------------------|---------------------------|----------------------------|
| | | MET's |
| | Desejo Sexual | 0,571** |
| <i>Atividade Sexual</i> | Frequência Sexual Semanal | 0,342* |
| | Satisfação Sexual | 0,441** |
| <i>Teste Ergométrico</i> | Tempo do Teste | 0,915** |
| <i>Comp. Corporal</i> | Circ. Cintura | -0,425* |
| | | Tempo do Teste (s) |
| | Desejo Sexual | 0,427** |
| <i>Atividade Sexual</i> | Frequência Sexual Semanal | 0,396* |
| | Satisfação Sexual | 0,375* |
| <i>Teste Ergométrico</i> | MET's | 0,915** |
| | | Idade (anos) |
| <i>Atividade Sexual</i> | Satisfação Sexual | -0,420** |
| | | Peso Corporal |
| <i>Comp. Corporal</i> | Estatura | 0,341* |
| | Circ. Cintura | 0,894** |
| | | Circ Cintura |
| <i>Atividade Sexual</i> | Desejo Sexual | -0,397* |
| | | Importância do Sexo |
| <i>Atividade Sexual</i> | Desejo Sexual | 0,424** |
| | | Desejo Sexual |
| <i>Atividade Sexual</i> | Satisfação Sexual | 0,443** |

¹Teste de Spearmann

*Correlação significativa (0,05)

**Correlação significativa (0,01)

Conforme observamos entre os homens saudáveis, a capacidade física (MET's) apresentou correlação positiva com o desejo (0,571), frequência semanal (0,342) e satisfação sexuais (0,442), ou seja, quanto maior a capacidade física maiores são os escores da atividade sexual. A seguir, apresentamos as correlações destas variáveis na Figura 4.

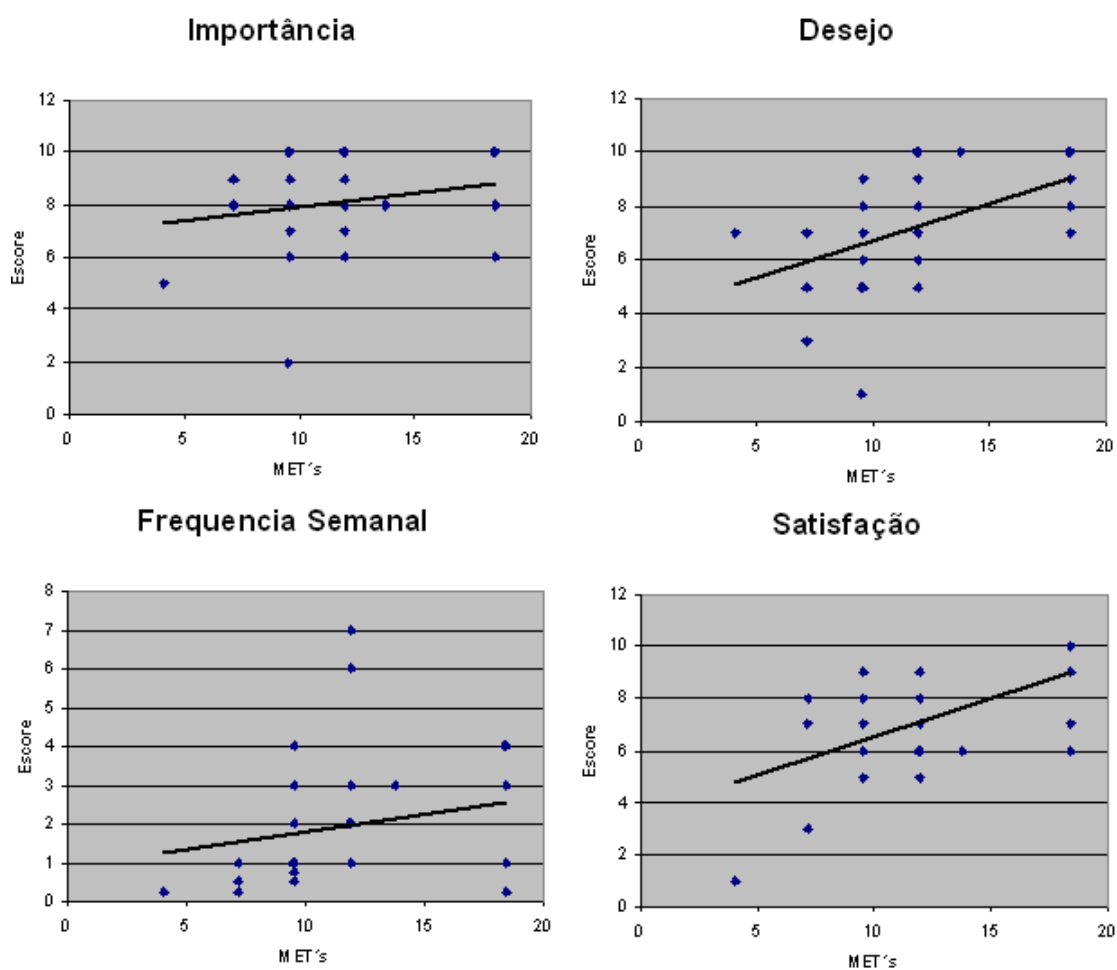


Figura 4 - Atividade Sexual *versus* MET's - Grupo Controle

Embora o desejo e a frequência semanal não apresentarem correlação com a idade dos sujeitos no grupo controle, a satisfação sexual diminuiu com a idade (-0,420). Nesse grupo, houve tendência dos homens mais velhos julgarem a atividade sexual mais importante em suas vidas. A figura a seguir ilustra tais resultados (Figura 5).

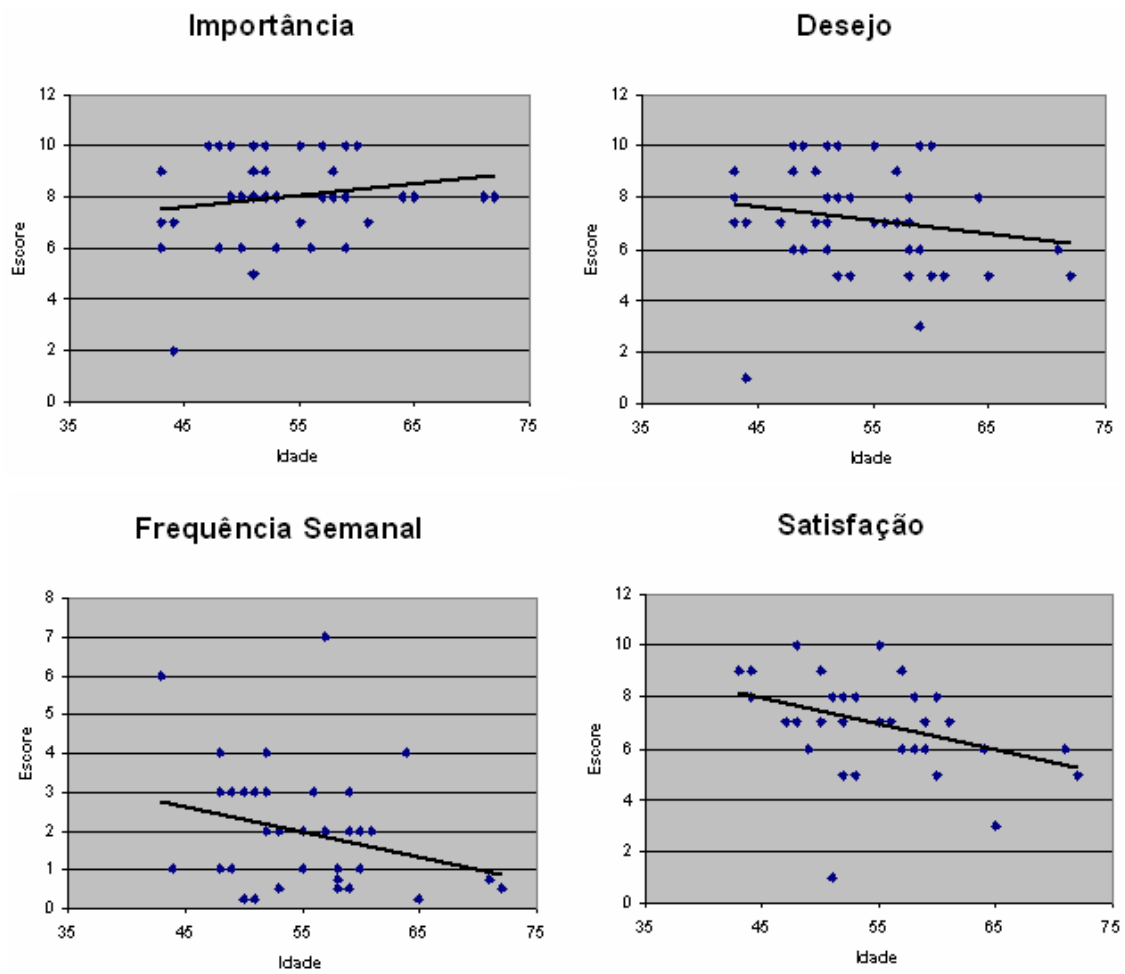


Figura 5 – Atividade sexual *versus* Idade – Grupo Controle

No grupo DAC, a capacidade física (MET's) correlaciona-se com o desejo sexual (0,325), e este se correlaciona com a frequência sexual (0,441) e com o julgamento de importância do sexo (0,601). Maiores detalhes podem ser vistos na Tabela 15.

Tabela 15 – Correlações¹ Grupo DAC

| | | |
|--------------------------|-------------------|----------------------------|
| <i>Atividade Sexual</i> | Desejo Sexual | MET's 0,325* |
| <i>Teste Ergométrico</i> | Tempo do Teste | 0,959** |
| | | Peso Corporal |
| <i>Comp. Corporal</i> | Estatura | 0,659** |
| | Circ. Cintura | 0,795** |
| | | Circ. Cintura |
| <i>Comp. Corporal</i> | Estatura | 0,552** |
| | | Importância do Sexo |
| <i>Atividade Sexual</i> | Desejo Sexual | 0,601** |
| | | Frequência Sexual |
| | Desejo Sexual | 0,441** |
| <i>Atividade Sexual</i> | Satisfação Sexual | 0,416* |

¹Teste de Spearman

*Correlação significativa (0,05)

**Correlação significativa (0,01)

Nesse grupo, apesar da frequência semanal, satisfação e importância da atividade sexual não se correlacionarem com a capacidade física, houve tendência dos homens com maior capacidade física apresentarem melhores escores na atividade sexual. As linhas de tendência dessas variáveis encontram-se na figura a seguir (Figura 6).

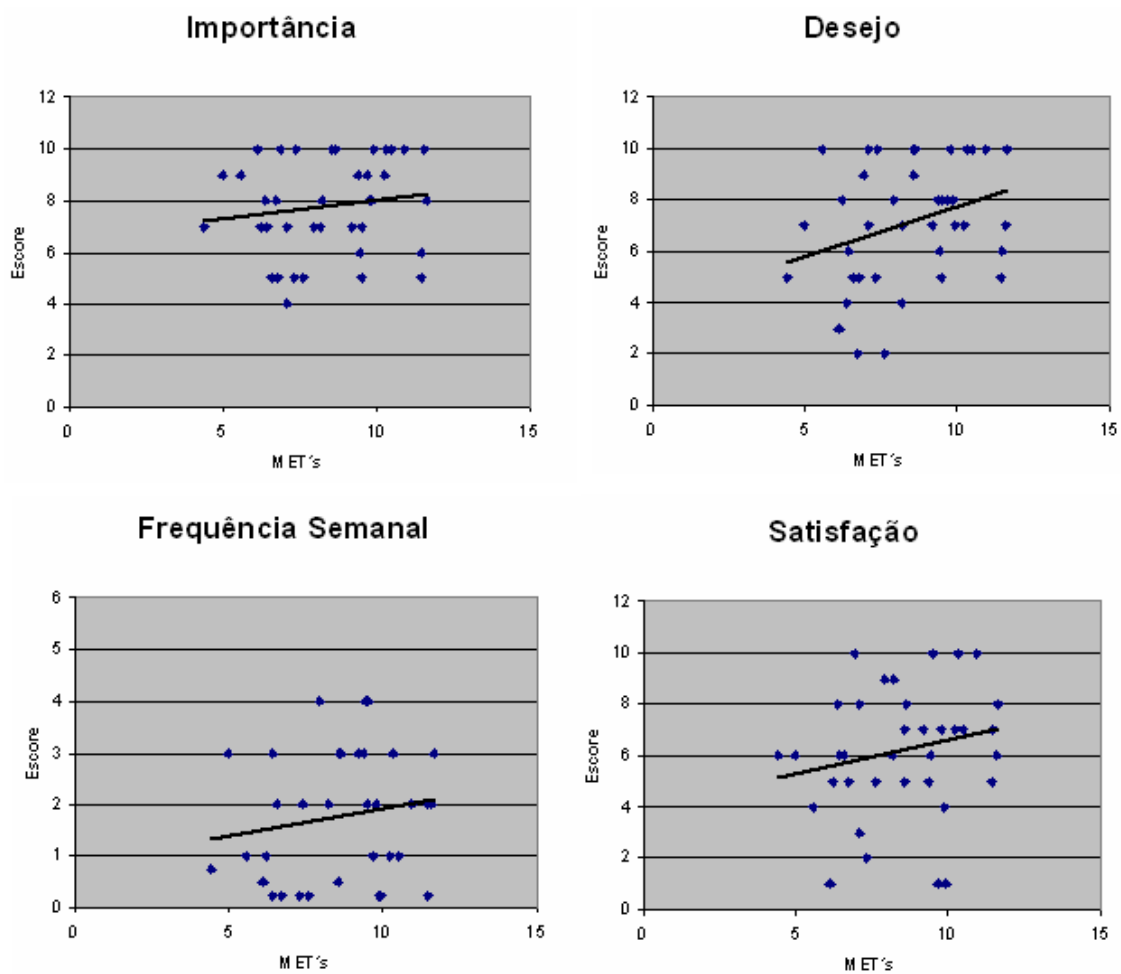


Figura 6 – Atividade Sexual *versus* MET's - Grupo DAC

Apesar de não haver correlação com a idade, os aspectos da atividade sexual (desejo, satisfação e frequência sexual) tendem a diminuir com o envelhecimento. As linhas de tendência da figura a seguir ilustram estes resultados (Figura 7).

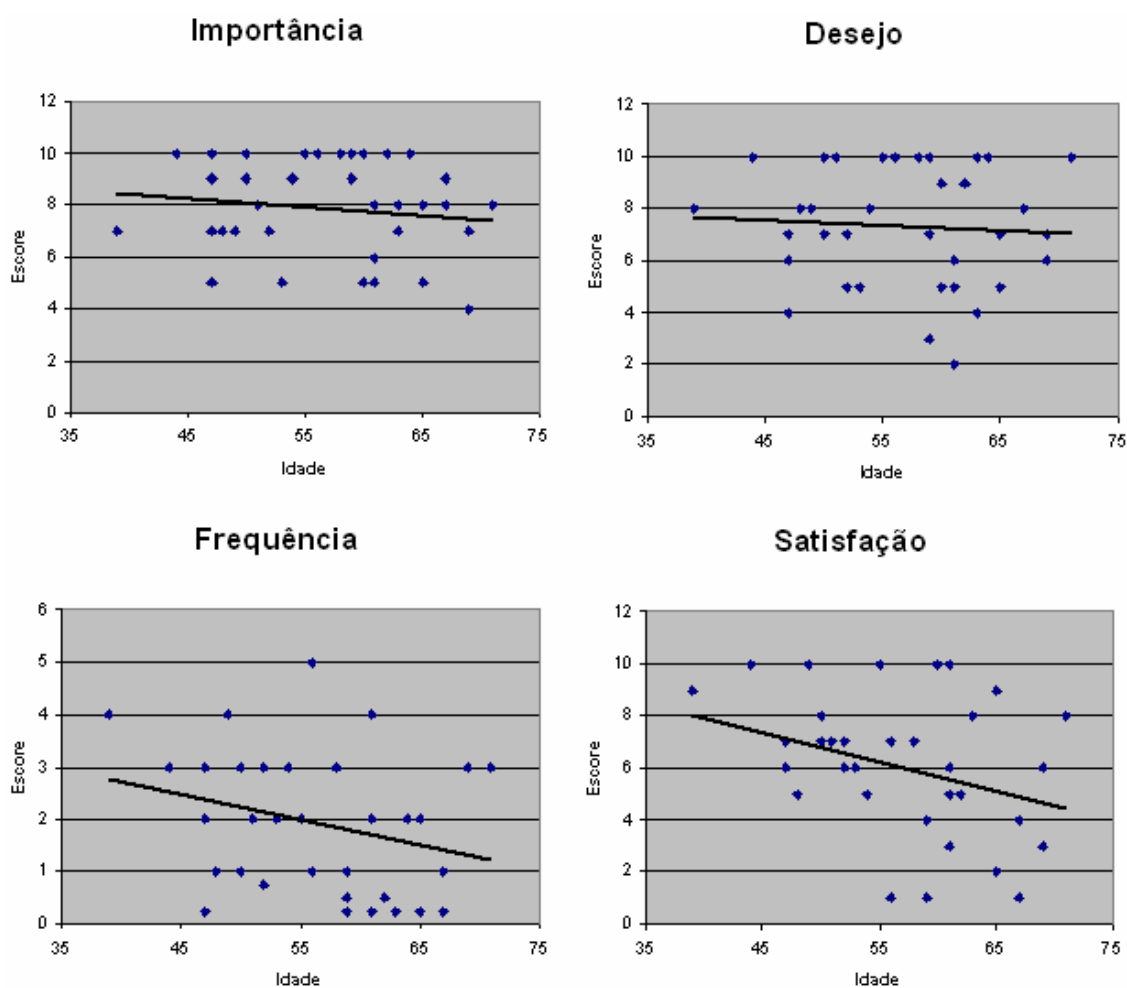


Figura 7 - Atividade sexual versus Idade – Grupo DAC

4.3.2 Discussão

Portadores de DAC comumente apresentam redução da qualidade de vida em vários aspectos, principalmente no aspecto sexual. Embora exista consenso sobre a importância do exercício físico nos programas de reabilitação cardiovascular, pouco se discute sobre a melhoria da qualidade de vida sexual.

Este estudo teve como objetivo verificar a relação entre capacidade física e a atividade sexual. A fim de comparação, utilizamos um grupo controle de homens saudáveis para observar se a doença da artéria coronária e os

tratamentos utilizados são responsáveis pela redução da qualidade da vida íntima e se a capacidade física tem o mesmo efeito em ambos os grupos. Para tanto, os dados são apresentados separadamente.

Em nossos achados, observamos que os aspectos da vida sexual como o desejo e frequência semanal, assim como o julgamento da importância do sexo, são similares entre os grupos. Já a satisfação sexual apresentou tendência a ser maior no grupo de sujeitos sem doença conhecida.

Os aspectos sexuais tendem a diminuir com a idade (KINSEY et al, 1948). Em nosso estudo, a frequência semanal, o desejo e a satisfação sexuais diminuíram com o envelhecimento. No Grupo Controle, a importância do sexo aumentou com a idade.

O desejo sexual esteve correlacionado com a capacidade física (MET's) em ambos os grupos, ou seja, quanto maior a capacidade física, maior os escores de desejo. No grupo controle, a capacidade física se correlacionou, ainda, com a frequência sexual e a satisfação com o ato. No estudo de Frauman (1982), o aumento no tempo semanal de exercícios esteve correlacionado com aumentos na frequência ($r=0,32$, $p<0,001$) e no desejo sexual ($r=0,54$, $p<0,001$).

Tina et al (2004), que investigou a relação dos aspectos sexuais e o exercício físico auto-referido, revelou que a satisfação sexual ($p<0,001$) e desejo ($p<0,002$) foram maiores naqueles que demonstraram maior regularidade nas atividades físicas. Aqueles que se julgaram muito ativos (6 a 7x/semana) foram os que apresentaram escores acima da média ou muito acima da média. Outro estudo realizado com 678 estudantes universitários investigou a satisfação sexual e o impacto do exercício físico nessa relação.

Entre os ativos sexualmente (50,6%), aqueles que se exercitavam regularmente ($> 3x/semana$, $> min/dia$) reportaram maior disposição ($p=.01$) e força ($p=.001$) para o sexo que os inativos. Além disso, relataram maior satisfação com a duração do ato sexual ($p=.018$), frequência semanal ($p=.027$) e com o prazer ($p=.032$) obtido durante o sexo que seus pares sedentários. Tais dados revelam que o treinamento físico poderia aumentar a satisfação sexual. (LINDEMAN 2007)

Os motivos que levaram a tendência dos portadores de DAC apresentarem satisfação mais baixa que o grupo controle foi disfunção erétil e a ejaculação precoce, atingindo 46,3% e 19,5% dos pacientes, respectivamente. No grupo controle, a prevalência de DE foi de 23,8% e estes eram mais velhos (58,2 vs 52,8 anos, $p=0,031$) e com menor capacidade física (9,7 vs 12,5 MET's, $p=0,047$). Ruzic et al (2007) em seu estudo com pacientes em programa de exercícios encontrou prevalência de DE muito maior em portadores de DAC que em seus controle, atingindo valores de 82% e 42,9%, respectivamente. Outro fator que dificultou a atividade sexual dos pacientes com DAC foi a queixa de dor no peito, com 30% dos pacientes relatando angina. No estudo de Froelicher et al (1994), cerca de 20% dos paciente referiram dor durante o coito e, destes, 45% usaram medicação antianginal antes ou depois do ato.

Apesar de não utilizarmos das escalas de função sexual existentes e já discutidas em outros estudos, nossos resultados corroboram a elevada prevalência de disfunção erétil entre portadores de doença coronariana.

O treinamento físico foi testado como tratamento das disfunções sexuais através de estudo randomizado, com 78 homens sedentários saudáveis, 48

anos, submetidos a 9 meses de exercícios supervisionados, 3 vezes por semana com sessões de 60 minutos de duração. Os sujeitos foram orientados a se exercitar entre 75 e 80% da FC máxima predita pelo teste ergométrico. O grupo controle (17 homens, 44 anos) participou de caminhadas leves, e foi orientado a não exceder a FC em 25 minutos acima da FC de repouso. Os resultados do estudo proveram sistemáticas evidências que o aumento nos níveis de exercício físico melhora o desempenho sexual, o desejo, a excitação, frequência e a satisfação na atividade sexual, e diminui a insatisfação e os episódios de disfunção erétil no grupo submetido ao treinamento. (WHITE, 1990)

Pelcerman et al (2009) investigaram a relação entre capacidade funcional (VO_2) e a função sexual em homens com insuficiência cardíaca (IC). Os portadores de IC são caracterizados por fraqueza do músculo cardíaco e baixa capacidade de realizar tarefas simples do dia-a-dia sem episódios de dor e fadiga. Os pesquisadores observaram que, quanto menor a capacidade funcional maior eram as queixas de disfunção erétil ($r=-0,4$, $p<0,04$), que por sua vez, estava correlacionada com menor distância percorrida no teste de caminhadas ($r=-0,4$, $p<0,04$).

Embora os mecanismos patofisiológicos da IC ainda não estejam esclarecidos, sabe-se da importância do treinamento com exercícios físicos para a melhoria da qualidade de vida destes pacientes. Partindo desse pressuposto, Belardinelli et al (2005) pesquisaram o quanto o treinamento poderia melhorar a disfunção sexual nestes pacientes. Foram randomizados 59 pacientes com IC e submetidos a teste cardiopulmonar, ultrassom braquial, questionário de qualidade de vida e sexual. Um grupo treinou 3 vezes por

semana a 60% do VO_2 máx e o outro permaneceu com o tratamento habitual. Após 8 semanas, não houve mudança no grupo controle. O grupo treinado aumentou seu VO_2 em 18% ($p < .005$), o que correlacionou positivamente com a melhoria da qualidade de vida ($r = 0,80$; $p < .001$). Houve melhora significativa nos três domínios da vida sexual (relacionamento com a parceira, função erétil e bem-estar pessoal) e correlação com VO_2 ($r = 0.67$; $p < .001$) e qualidade de vida ($r = 0.73$; $p < .001$). A melhora na resposta vasodilatadora endotélio-dependente na arterial braquial mostrou forte correlação independente com a vida sexual ($r = 0.63$). A melhora significativa na função endotelial sugere seu efeito sistêmico, que por sua vez, está correlacionado com a função sexual.

5. CONCLUSÕES

Os achados deste estudo permitem inferir que existe muita dificuldade em discutir o assunto atividade sexual, até mesmo no âmbito médico-hospitalar.

Embora a maioria dos pacientes tenha recebido as informações habituais sobre a doença e seus cuidados (fatores de risco, medicamentos, prescrição de dieta e exercícios), apenas 22% foram orientados sobre a atividade sexual e as possíveis mudanças que poderiam ocorrer após o início do tratamento. As mulheres dificilmente são orientadas sobre o assunto e, muitas vezes, só são discutidos com os homens porque os pacientes iniciam a conversa.

A escassez de informações dificulta o retorno às atividades sexuais e gera medo e ansiedade. Nosso estudo mostrou que mais da metade dos pacientes referiram medo em iniciar a atividade sexual. Destes, cerca de 60% a consideravam pior que antes da descoberta da doença e início do tratamento. Apesar de se mostrarem confortáveis para discutir o assunto, apenas um terço dos pacientes recebeu orientação sobre o retorno à vida sexual.

A experiência clínica e os achados da literatura salientam a importância de existir um diálogo aberto entre o médico e o paciente, preferencialmente acompanhado pelo cônjuge. Assim, o médico teria a possibilidade de esclarecer que o ato sexual não representa risco maior ao coração e as dúvidas advindas do casal seriam esclarecidas.

Por outro lado, nosso estudo com os profissionais revelou que, apesar de se julgarem com bom/ótimo conhecimento (auto-avaliação do conhecimento) sobre os assuntos que envolvam os cuidados com a atividade sexual do paciente, pouco mais da metade dos participantes acertaram sete questões do *teste de conhecimentos*. Apesar de não haver diferenças significativas, os homens e aqueles com idade superior a 45 anos tendem a conhecer mais o assunto.

A abordagem do tema com os pacientes não apresentou diferenças entre os profissionais. Quando questionados sobre a frequência com que orienta seus pacientes, apenas 34% revelaram abordar o assunto em suas consultas de rotina.

Os níveis de conforto dos médicos para iniciar o assunto foram altos, porém, quando o paciente é do sexo oposto ao seu os escores de confortos são mais baixos. Profissionais com maior graduação acadêmica referiram ficar mais a vontade frente às orientações sobre atividade sexual.

O paciente deve tomar ciência da doença na sua totalidade, com informações sobre o tratamento utilizado e as perspectivas de continuidade na vida social, laboral e sexual. A iniciativa deve partir do profissional de saúde, mas não isenta o papel do paciente no esclarecimento de dúvidas em qualquer esfera.

Comumente, portadores de doença arterial coronariana apresentam diminuição na qualidade de vida sexual após um evento agudo e/ou início do tratamento. O exercício físico é parte integrante desse tratamento e auxilia na estratificação do risco coronariano. Nossos resultados sugerem que, além dos benefícios conhecidos do treinamento com exercícios no aumento da

longevidade e redução de comorbidades, o estímulo a adoção de uma vida ativa pode melhorar a qualidade de vida sexual.

A satisfação sexual em portadores de DAC tende a ser menor que a de homens sem doença arterial. Estes pacientes apresentam mais episódios de dor no peito durante o sexo e dificuldades em manter a ereção. Porém, a medida que a capacidade física aumenta nesse grupo, aumenta também a satisfação geral com a vida sexual. Em outras palavras, a capacidade física de portadores de DAC está relacionada à maior desejo sexual, que por sua vez correlaciona-se com maior frequência e satisfação no coito.

Para finalizar, nossos achados revelam a importância da discussão sobre os assuntos da sexualidade para pacientes com doença coronariana durante a internação hospitalar e nas consultas de rotina. Sugerem, ainda, a adoção de um estilo de vida ativo, com exercícios que promovam melhorias na capacidade física e, conseqüentemente, na qualidade de vida sexual.

6. REFERENCIAS

Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Scanavino MT, Martins FG. Disfunção Erétil – Resultados do Estudo da Vida Sexual do Brasileiro. **Rev Assos Med Bras** 2006, 52(6): 424-429.

Abdo CHN, Afif-Abdo J, Otani F, Machado AC. Sexual satisfaction among patients with erectile dysfunction treated with counseling, sildenafil, or both. **J Sex Med** 2008, 5: 1720-26.

Abdo CHN, Oliveira Júnior WM. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: Um estudo preliminar. **Projeto Sexualidade (ProSex)** Grupo Editorial Moreira Jr, s.d.: 179-86.

Almeida Vaz, R. & Nodin, N. A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. **Análise Psicológica**, 2005 Vol 3 (XXIII): 329-39.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: **American Psychiatric Association** 1994: 493-522

Anderson TJ. Assessment and treatment of endothelial dysfunction in humans. **J Am Coll Cardiol** 1999, 34: 631-638.

Aspásia V, Geórgia T, Evagelia S, Dimitrios P, Konstandina H, Zampia V. Sexual activity cardiological survey among greek cardiologists. **Health Science J** 2008, 2 (1): 25-32.

Ayta IA, McKinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. **BJU Int** 1999, 84: 50-56.

Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, Giovannucci E, Glasser DB, Rimm EB. Sexual function in men older than 50 years of age: results from the Health Professionals Follow-up Study. **An Inter Med** 2003, 139 (3):161-169.

Bedell SE, Duperval M, Goldberg R. Cardiologists' discussions about sexuality with patients with chronic coronary artery disease. **Am heart J** 2002; 144 (2): 239-242.

Belardinelli R, Lacalaprice F, Faccenda E, Purcaro A, Perna G. Effects of short-term moderate exercise training on sexual function in male patients with chronic stable heart failure. **International J Cardiology** 2005; 101: 83-90.

Bohlen JG, Held JP, Sanderson O, Patterson RP. Heart rate, rate-pressure product, and oxygen uptake during four sexual activities. **Arch Intern Med** 1984; 144:1746-1748.

Bortz WM, Wallace DH. Physical fitness, aging, and sexuality. **West J Med** 1999; 170: 167-169.

Control Center Disease. Prevalence and most common causes of disability among adults – United States (2005) 2009, 58 (16): 421-426. www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5816a2.htm acessado em 22 de novembro de 2009.

Dantas RAS, Aguillar OM, Barbeira CBS. Retorno as atividades ocupacionais e sexuais após a cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev Latino-am Enfermagem** 2001, 9 (4): 26-31.

De Berardis G, Pellegrini F, Franciosi M, Pamarana F, Morelli P, Tognoni G, Nicolucci A. Management of erectile dysfunction in general practice. **J Sex Med** 2009, 6: 1127-1134.

DeBusk R, Goldstein I, Jackson G, Kaul S, Kimmel SE, Kostis JB, et al. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of the Princeton Consensus Panel. **Am J Cardiol** 2000; 86: 175-181.

Drory Y, Kravetz S, Florian V, Weingarten M. Sexual activity after first acute myocardial infarction in middle-aged men: demographic, psychological and medical predictors. **Cardiology** 1998, 90: 207-211.

Drory Y, Kravetz S, Weingarten M. Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction. **Am J Cardiol** 2000, 85:1283-1287.

Esposito K, Giuglaino F, Di Palo C, Giugliano G, Marfella R, D'Andrea F et al. Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men. A randomized controlled trial. **JAMA** 2004, 291: 2978-2984.

Falk E, Shah PK, Fuster V. Coronary Plaque Disruption. **Circulation** 1995, 92: 657-671.

Falk RH. The cardiovascular response to sexual activity: do we know enough? **Clin Cardiol** 2001; 24: 271-275.

Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinley JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study (MMAS). **Urology** 1994, 44 (1): 54-61.

Ferreira ABH. **Novo Dicionário Aurélio**. 1. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

Frauman DC. The relationship between physical exercise, sexual activity, and desire for sexual activity. **J Sex Research** 1982, vol 18 (1): p 41-46.

Froelicher ES, Kee LL, Newton KM, Lindskig B, Livingston M. Return to work, sexual activity, and other activities after acute myocardial infarction. **Heart & Lung** 1994, 23 (5):423-35.

Glina S. Disfunção Erétil: onde estão os pacientes? **Einstein** 2004, 2 (1): 45-47.

Gonzalez MA, Selwyn AP. Endothelial Function, Inflammation, and Prognosis in Cardiovascular Disease. **Am J Med** 2003, 115 (8A): 99S-106S.

Guiteras AF, Bayés R. Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In: Fornis M, Anguera MT, organizadores. **Aportaciones recientes a la evaluación psicológica**. Barcelona: Universitas; 1993; p. 175-95.

Gupta MC, Singh MM, Gurnani KC, Pandey DN. Psychopathology of delayed resumption of sexual activity after myocardial infarction. **J Assoc Physicians India** 1990, 38 (8): 545-8.

II Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Teste Ergométrico. **Arq Bras Cardiol** 2002, vol 78 (supl II): 1-17.

III Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Tratamento do IAM. **Arq Bras Cardiol** 2004, 83 (sup IV).

Jackson G. Erectile dysfunction and the heart-what's new? **JMHG** 2006, 3 (4): 337-341.

Jette M, Sidney K, Blumchen G. Metabolic equivalents (METS) in exercise testing, exercise prescription and evaluation of functional capacity. **Clin Cardiol** 1990; 13: 555-65.

Johnston B, Cantwell JD, Watt EW, Fletcher GF. Sexual activity in exercising patients after myocardial infarction and revascularization. **Heart & Lung** 1978, 7 (6): 1026-31.

Kaplan HS. **O desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo**. (trad. A. Weissenberg). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

Kavanagh T, Shephard RJ. Sexual activity after myocardial infarction. **CMAJ** 1977, 116: 1250-1253.

Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual behavior in the human male. Philadelphia, WB Saunders, 1948.

Klein R, Bar-On E, Klein J, Bendenishty R. The impact of sexual therapy on patients after cardiac events participating in a cardiac rehabilitation program. **Eur J Cardiovasc Prev Rehabil** 2007, 14 (5): 672-678.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA** 1999, 281 (6): 537-544.

Levine LA, Kloner RA. Importance of asking questions about erectile Dysfunction. **Am J Cardiol** 2000; 86: 1210-1213.

Lindeman HC, King KA, Wilson BR. Effect of exercise on reported physical sexual satisfaction of university students. **Californian J Health Promotion** 2007, vol 5 (4): p 40-51.

Lunelli RP, Rabello ER, Stein R, Goldmeier S, Moraes MA. Atividade sexual pós-infarto do miocárdio: tabu ou desinformação? **Arq Bras Cardiol** 2008; 90(3): 172-176.

Maria VLR, Modena EMSC. Atividade sexual e paciente pós-infartado. **Enfermagem Moderna**. v.2, n .2, p.22-34, 1984.

Marwick C. Survey says patients expect little physicians help on sex. **JAMA** 1999, 281 (23): 2173-4

Montorsi F, Briganti A, Salonia A, Rigatti P, Margorato A, Macchi A, Galli S, Ravagnani M, Montorsi P. Erectile Dysfunction prevalence, time of onset and association with risk factors in 300 consecutive patients with acute chest pain and angiographically documented coronary artery disease. **Eur Urology** 2003, 44: 360-365

Montorsi P, Ravagnani M, Galli S, Rotatori F, Veglia F, Briganti A, Salonia A, Dehò F, Rigatti P, Montorsi F, Fiorentini C. Association between erectile dysfunction and coronary artery disease. Role of coronary clinical presentation and extent of coronary vessels involvement: the COBRA trial. **Eur Heart J** 2006, 142: 1-8.

Moreira Jr ED, Abdo CHN, Torres EB, Lobo CFL, Fittipaldi JAS. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the brazilian study of sexual behavior. **Urology** 2001, 58 (4): 583-588.

Morillo LE, Díaz J, Estevez E, Costa A, Méndez H, Dávila H et al. Prevalence of erectile dysfunction in Colômbia, Ecuador, and Venezuela: a population-based study (DENSA). **Intern J Impotence Research** 2002, 14 (supl 2): S10-S18.

Mullany CJ. Coronary Artery Bypass Surgery. **Circulation** 2003, 107: 21-22.

Muller JE. Sexual activity as a trigger for cardiovascular events: what is the risk? **Am J Cardiol** 1999; 84: 2N-4N.

Myers J, Prakash M, Froelicher V, Do D, Partington S, Atwood JE. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. **N Engl J Med** 2002; 346:793-801.

National Institute of Health Consensus Development Panel of Impotence. **JAMA** 1993; 270: 83-90.

Nemec ED, Mansfield L, Kenned JW. Heart rate and blood pressure responses during sexual activity in normal males. **Am Heart J**, 1964 vol 92,; 274-7.

Oliveira Junior W. Atividade Sexual após o Infarto do Miocárdio. **Arq Bras Cardiol** 1986; 46 (3): 205-210.

Özdemir L, Akdemir N. Nurses' knowledge and practice involving patients' resuming sexual activity following myocardial infarction: implications for training. **Australian J Advanced Nurs** s/d, 26 (1): 42-52.

Papadopoulos C, Larrimore P, Cardin S, Shelley SI. Sexual concerns and needs of the postcoronary patient's wife. **Arch Intern Med** 1980; 140 (1): 38-41.

Papadopoulos C, Piccolo M, Barnett L. Sexual activity after coronary bypass surgery. **Chest** 1986, 90: 681-685.

Powers SK, Howley ET. **Fisiologia do Exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho**. São Paulo: Editora Manole, 3ª ed, 2000.
Rerkpattanapipat M, Stanek MS, Kotler MN. Sex and the heart: what is the role of the cardiologist? **Eur Heart J** 2001; 22(3): 201-208.

Roth A, Malov N, Behar S. Sexual activity cardiological survey on members of the Israel Heart Society. **Int J Clin Pract** 2003, 57 (4):285-8.

Russel R. Mechanisms of Disease: Atherosclerosis – An inflammatory Disease. **New Eng J Med** 1999, 340 (2): 115-126.

Ruzic A, Persic V, Miletic B, Vcev A, Mirat J, Soldo I. Erectile dysfunction after myocardial infarction – myth or a real problem? **Coll Antropol** 2007, 31 (1): 185-88.

Sá Guedes MCM. Atividade Sexual do Coronariopata: Tabu ou Falta de Informações? **Arq Bras Cardiol**, vol 37, nº 5, Nov 1981: 347-48.

Serra, S. O Papel dos Programas de Reabilitação no Tratamento de Pacientes com Doença Coronária. **Revista da SOCERJ**, vol 10, nº 4, Out/Nov/Dez 1997: 175-83.

Shell JA. Including sexuality in your nursing practice. **Nurs Clin N Am** 2007; 42: 685-696.

Souza CA, Herdy AH, Haviaras VP. Retorno à atividades sexual e, portadores de doenças cardiovasculares. Tema livre: **IV Congresso Catarinense de Cardiologia**, Florianópolis (2005).

Stein R, Hohmann CB. Atividade sexual e coração. **Arq Bras Cardiol** 2006; 86(1): 61-67.

Stein RA The effect of exercise training on heart rate during coitus in the post myocardial infarction patient. **Circulation**, vol 55, n° 5, May 1977: 738-40.

Steinke E, Midgley P. Sexual counseling following acute myocardial infarction. **Clin Nurs Research** 1996; 5 (4): 462-468.

Steinke E. A videotape intervention for sexual counseling after myocardial infarction. **Heart & Lung** 2002; 31 (5): 348-354.

Steinke, E; Patterson-Midgley, P. Sexual counseling of MI patients: nurses' confort, responsibility, and practice. **Dimensions of Critical Care Nursing** 1996, 15(4): 216-23.

Taylor HA. Sexual activity and the cardiovascular patient: Guidelines. **Am J Cardiol** 1999; 84: 6N-10N.

The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p 41-60.

Thorson AI Sexual activity and the cardiac patient. **Am J Geriatric Cardiol** 2003, 12:38-40.

Tina MP, Young M. Sexual desirability and sexual performance: does exercise and fitness really matter? *Electronic J Human Sexuality* 2004. <http://www.ejhs.org/volume7/fitness.html> Acessado em 03 de janeiro de 2010.

Vassiliadou A, Atamatopoulou E, Triantafyllou G, Gerodimou E, Toulia G, Pistolas D. The role of nurses in the sexual counseling of patients after myocardial infarction. **Health Sci J** 2008; 2 (1): 111-118.

Vaughan SC. O Não Declarado Mais Secreto e Mais Obscuro: Gênero, Sexualidade e Trauma no Curso da Vida. Capítulo 4. In: Kay J, Tasman A, Lieberman JA. **Psiquiatria: Ciência Comportamental e Fundamentos Clínicos**. São Paulo: Manole, 2002. p. 74-93.

Werner D. **Introdução às culturas humanas**. Petrópolis, Ed. Vozes, 1987.

White J, Case DA, McWhirter D, Mattison AM. Enhanced sexual behavior in exercise men. **Arch Sexual Behavior** 1990; 19 (3): 193-209

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals. **Arch Sexology**. Technical Report Series 1975; (572): 11p.

World Health Organization. Global Burden of Disease 2004. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html acessado em 25 de outubro de 2009.

Xue-Rui, T; Ying, L; Da-Zhong, Y; Xiao-Jun, C. Changes of blood pressure and heart rate during sexual activity in health adults. **Blood Pressure Monitoring** 2008, 13 (4): 211-217.

Yazbec PJ, Mastrocola LE, Negrão CE. Retorno à atividade física pós-tratamento cardiológico. IN: **O Exercício – Preparação Fisiológica, Avaliação Médica, Aspectos Especiais e Preventivos**. Ghorayeb, N. & Barros, T.. São Paulo: Atheneu, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido (Estudo 1)



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: NÍVEL DE ORIENTAÇÃO DOS PACIENTES CARDIOVASCULARES SOBRE O RETORNO A ATIVIDADE SEXUAL
INVESTIGADOR: CÍCERO AUGUSTO DE SOUZA; FERNANDO LUIZ CARDOSO

As doenças cardiovasculares representam alta mortalidade em nossa sociedade, mas também são responsáveis por afetar diretamente a qualidade de vida. Entre os prejuízos na qualidade de vida, pesquisas tem relatado importante diminuição na qualidade da atividade sexual após a descoberta da doença. Dentre os motivos que levam a essa diminuição, a falta de orientação sobre o retorno a atividade sexual após o procedimento cirúrgico deixa o paciente temeroso no momento de retomar sua vida sexualmente ativa. O objetivo desse estudo é identificar o nível de conhecimento dos pacientes submetidos a procedimento intervencionista (angioplastia e cirurgia bypass) sobre o retorno a vida sexual. Para coletar esses dados, os pacientes serão convidados a participarem de uma entrevista aberta, com questões referentes a vida sexual antes da doença e orientações recebidas pela equipe de saúde.

Ressaltamos que a decisão em participar deste estudo é voluntária, não implicando em qualquer atribuição ao paciente. Portanto, você pode desistir durante o andamento da pesquisa, e não será punido ou perderá qualquer benefício ao qual tem direito. Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos realizados, bem como não será pago por sua participação. Os dados coletados na entrevista individual serão confidenciais.

Eu,, fui informado dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Recebi informações e esclareci minhas dúvidas. Fui informado de que posso solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim desejar. O prof. Cícero Augusto de Souza certificou-me de que todos os dados são confidenciais, bem como não terei qualquer alteração no meu tratamento em razão dessa pesquisa. Se desejar, terei liberdade em retirar meu consentimento de participação, face a estas informações.

Qualquer dúvida poderei entrar em contato com o professor Cícero Augusto de Souza pelo telefone 9123-3597 ou poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia pelo telefone 2371-9101.

Declaro que recebi cópia e concordo com o presente Termo de Consentimento.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Nome

Assinatura do Pesquisador

____/____/____
Data

APÊNDICE 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido (Estudo 3)



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: CORRELAÇÃO ENTRE TOLERÂNCIA AO ESFORÇO E QUALIDADE NA ATIVIDADE SEXUAL EM PORTADORES DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA (DAC)

INVESTIGADOR: CÍCERO AUGUSTO DE SOUZA

Essa pesquisa surgiu da necessidade em orientar os portadores de coronariopatia sobre o retorno a atividade sexual após a detecção da doença. Isso porque grande parcela dos pacientes apresentam-se temerosos no momento da retomada a atividade sexual, fazendo com que sua qualidade seja brutalmente diminuída. Porém, o auxílio dos profissionais da área da saúde pode minimizar os efeitos negativos que a doença possa impor na qualidade de vida. O objetivo desse trabalho é avaliar o efeito da condição física na qualidade da atividade sexual de pessoas portadoras de doença arterial coronariana. Para coletar esses dados, os participantes serão selecionados no ambulatório do Teste de Esforço e serão convidados a participar de uma entrevista acerca da sua atividade sexual. Não será preciso exames adicionais nem retorno ao hospital para continuidade da pesquisa.

Ressaltamos que a decisão em participar deste estudo é voluntária, não implicando em qualquer modificação no tratamento. Portanto, você pode desistir durante o andamento da pesquisa, e não será punido ou perderá qualquer benefício ao qual tem direito. Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos realizados, bem como não será pago por sua participação. Os dados coletados na entrevista individual serão confidenciais.

Eu,(paciente ou responsável) fui informado dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Recebi informações e esclareci minhas dúvidas. Fui informado de que posso solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim desejar. O prof. Cícero Augusto de Souza certificou-me de que todos os dados são confidenciais, bem como não terei qualquer alteração no meu tratamento em razão dessa pesquisa. Se desejar, terei liberdade em retirar meu consentimento de participação, face a estas informações.

Qualquer dúvida poderei entrar em contato com o professor Cícero Augusto de Souza pelo telefone 3271-9105 ou poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia pelo telefone 2371-9101.

Declaro que recebi cópia e concordo com o presente Termo de Consentimento.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Nome

Assinatura do Pesquisador

____/____/____
Data

APÊNDICE 3 – Nível de orientação dos pacientes sobre atividade sexual após o infarto do miocárdio – Roteiro de entrevista

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO DOS PACIENTES SOBRE ATIVIDADE SEXUAL APÓS O INFARTO DO MIOCÁRDIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____ Idade _____
 Sexo _____ Estado Civil _____ Quanto tempo _____
 Escolaridade _____
 Diagnóstico _____
 Profissão _____
 Comentários: _____

ATIVIDADE SEXUAL

Você esteve internado por causa de qual problema cardíaco? Quantos dias permaneceu internado?

Seu cardiologista era homem ou mulher?
 Homem Mulher

Ele (a) conversou sobre Fatores de Risco e motivos de sua internação?
 Sim Não

Ele (a) conversou sobre o uso de medicamentos que você faria a partir de agora?
 Sim Não

Ele (a) conversou sobre alimentação saudável e a dieta que você deveria seguir?
 Sim Não

Ele (a) orientou, prescreveu ou encaminhou para programas de exercícios físicos?
 Sim Não

Ele (a) conversou aspectos da sexualidade? (Tempo de retorno às atividades sexuais, cuidados, sintomas, posições, etc)?
 Sim Não

Se sim, quem o orientou?

Se sim, essa orientação sobre atividade sexual foi satisfatória? Ou seja, tirou todas as suas dúvidas sobre o ato sexual?
 Satisfatória Insatisfatória

E se o médico fosse do sexo oposto, você se sentiria a vontade?
 Sim Um pouco Não

E depois que você foi pra casa, quantos dias esperou para retomar a vida sexual?

Você se sentiu preocupado, ansioso ou com medo no momento da retomada da vida sexual?

Quando foi sua última consulta no ambulatório com cardiologista? E quantas consultas você já fez?

Você entra para a consulta acompanhado?
 Sim, com _____ Não

Nessa consulta, o médico conversou com você sobre assuntos que envolvam a sua atividade sexual?

Como você considera sua vida sexual agora? Se você pudesse dar uma nota de 1 a 10 para a importância do sexo na sua vida, que nota daria?

INFORMAÇÕES RELEVANTES

APÊNDICE 4 – Questionário de conhecimentos e atitudes sobre sexualidade e doenças cardiovasculares

Questionário de Conhecimento e Atitudes sobre Sexualidade e Doenças Cardiovasculares.

IDENTIFICAÇÃO

1. Idade: _____ 2. Sexo: a) Feminino () b) Masculino ()

3. Estado Civil:

- a. () Solteiro
b. () Vive com companheiro(a) ou casado(a)
c. () Separado (a)/divorciado (a)/viúvo (a)

4. Sua graduação é em:

- a. () Fisioterapia
b. () Enfermagem
c. () Psicologia
d. () Medicina
e. () Ed. Física
f. () Serviço Social
g. () Outros: _____

5. Escolaridade:

- a. () Acadêmico. Qual ano? _____
b. () Graduado. Ano de conclusão? _____
c. () Especialização. Qual área? _____
d. () Mestrado. Qual área? _____
e. () Doutorado. Qual área? _____

Questionário de Conhecimento e Atitudes sobre Sexualidade e Doenças Cardiovasculares.

Preencha o questionário a seguir sobre aspectos da atividade sexual em portadores de doenças cardiovasculares e incentive a pesquisa científica.

Indique em uma escala de 1 (nenhum conhecimento) a 4 (excelente conhecimento), seu nível atual de conhecimento sobre os tópicos abaixo, com questões acerca da atividade sexual e doenças cardiovasculares.

| Questões Avaliadas | 1 - Nenhum conhecimento | 2 - Pouco conhecimento | 3 - Bom conhecimento | 4 - Excelente conhecimento |
|--|-------------------------|------------------------|----------------------|----------------------------|
| Anatomia e fisiologia sexuais | | | | |
| Efeito das medicações de uso em cardiologia nos aspectos da sexualidade | | | | |
| Métodos de aconselhamento sexual | | | | |
| Cuidados no retorno as atividades sexuais após um infarto do miocárdio, angioplastia e cirurgia cardíaca | | | | |
| Indicações e contra-indicações dos acessórios e medicamentos para disfunção erétil | | | | |
| Doença cardíaca e gravidez | | | | |
| Angina e atividade sexual | | | | |
| Riscos da atividade sexual no sistema cardiovascular | | | | |

Avalie em uma escala de 1 (nenhum desconforto) a 4 (alto desconforto), o quanto você se sentiria desconfortável em cada situação citada abaixo.

| Questões Avaliadas | 1 - Nenhum desconforto | 2 - Baixo desconforto | 3 - Médio desconforto | 4 - Alto desconforto |
|---|------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Como se sente ao iniciar uma conversa sobre atividade sexual com um paciente do sexo oposto ao seu ? | | | | |
| Como se sente ao iniciar uma conversa sobre atividade sexual com um paciente do mesmo sexo que o seu ? | | | | |
| Como você se sentiria se um paciente do sexo oposto ao seu iniciasse uma conversa sobre atividade sexual? | | | | |
| Como você se sentiria se um paciente do mesmo sexo que você iniciasse uma conversa sobre atividade sexual? | | | | |

Avalie em uma escala de 1 (nunca) a 4 (sempre), a abordagem sobre o tema com seus pacientes.

| Questão Avaliada | 1 - Nunca | 2 - As vezes | 3 - Quase sempre | 4 - Sempre |
|--|-----------|--------------|------------------|------------|
| Você aborda o assunto atividade sexual com seus pacientes? | | | | |

Teste de conhecimento sobre a Sexualidade e Doenças Cardiovasculares. Todas as perguntas têm apenas uma resposta correta.

1. Durante relação extra conjugal, o paciente “Y” da Silva, 60 anos e submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio (bypass) há três anos, referiu dor no peito que irradiou p/ MSE, acompanhada de dispnéia intensa, com alívio na cessação da atividade. Com a parceira habitual tais queixas não são expressas. Marque um X na alternativa **CORRETA**:

- a. () Nesse caso, as respostas cardiovasculares e metabólicas parecem estar mais relacionadas a excitação e estado psicológico do que ao esforço físico realizado.
- b. () Esse quadro é comum em pacientes cardiopatas em uso de medicamentos para ereção.
- c. () Provavelmente a parceira extra conjugal era mais jovem que a parceira habitual.
- d. () A prática de preliminares provoca tais sintomas.
- e. () Todas estão incorretas.

2. Qual associação de medicamentos é contra indicado?

- a. () β -bloqueador e Inibidor da Fosfodiesterase-5
- b. () Nitrato e β -Bloqueador
- c. () Nitrato e Inibidor da Fosfodiesterase-5
- d. () Inibidor da Fosfodiesterase-5 e Inibidor de ECA
- e. () Nitrato e α -Bloqueador

3. Qual o exame da primeira escolha para liberação segura do paciente pós infarto do miocárdio para a atividade sexual?

- a. () Ecocardiograma
- b. () Cintilografia
- c. () Teste Ergométrico
- d. () ECG Repouso
- e. () Cinecoronariografia

4. Quais as classes de medicamentos cardiovasculares que mais interferem **negativamente** na função sexual?

- a. () Diurético e β -bloqueador
- b. () β -bloqueador e Inibidor de ECA
- c. () Bloqueador do Canal de Ca^{+} e diurético
- d. () Inibidor de ECA e Inibidor da Fosfodiesterase-5
- e. () α -bloqueador e β -bloqueador

5. O dispêndio de energia na atividade sexual com o (a) parceiro (a) habitual representa intensidade, em média, similar a:

- a. () 1 a 2 MET's
- b. () 5 a 6 MET's
- c. () 8 a 9 MET's
- d. () 12 a 15 MET's
- e. () Ainda não foi mensurado o gasto energético na atividade sexual.

6. Sobre atividade sexual e cardiopatias é **INCORRETO** afirmar:

- a. () O uso de marcapasso não interfere na atividade sexual.
- b. () Os fatores psicológicos, como ansiedade e depressão, podem reduzir o interesse e, conseqüentemente, a capacidade sexual.

- c. () A restrição a atividade sexual em pacientes submetidos a revascularização do miocárdio – bypass é de 4 a 6 meses após a alta e se dá devido a cicatrização do tórax.
- d. () Em pacientes que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio, considerados de baixo risco e portadores de menos de 2 fatores de risco, a atividade sexual com a parceira habitual pode ser retomada com segurança 7 a 10 dias após a alta hospitalar.
- e. () Em pacientes de alto risco, como na presença de angina instável ou refratária ao tratamento, a atividade sexual é contra-indicada.

7. Sobre o Inibidor da Fosfodiesterase-5, é **CORRETO** afirmar:

- a. () Leva ao aumento do efluxo arterial e diminuição do influxo venoso, promovendo a constrição do corpo cavernoso e, conseqüentemente, a ereção.
- b. () Aumenta o desejo e o estímulo sexual.
- c. () O início da ação ocorre cerca de 6h após a ingestão oral, em jejum.
- d. () Os efeitos colaterais costumam ser transitórios e de leve intensidade.
- e. () Seu uso implica em modificações importantes na pressão arterial sistólica, diastólica e na frequência cardíaca.

8. Assinale a alternativa **CORRETA**. Os pacientes devem receber orientações sobre a reabilitação cardíaca e sexual, visando o retorno pleno as atividades do dia-a-dia, que abrange:

- a. () Prescrição adequada de exercícios e dieta.
- b. () Aconselhamento a ambos os cônjuges em relação a atividade sexual.
- c. () Controle do peso corporal.
- d. () Cessação do tabagismo.
- e. () Todas as alternativas estão corretas.

9. As doenças do aparelho circulatório afetam a atividade sexual e tem sido queixa freqüente nos consultórios médicos. Com relação a essa informação, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a. () Pacientes com insuficiência cardíaca devem evitar atividades sexuais após as refeições, quando estiverem cansados ou quando sintomáticos.
- b. () O ato sexual é um dos principais fatores desencadeantes de morte súbita.
- c. () Os distúrbios de ritmo desencadeados pela atividade sexual são semelhantes aqueles ocorridos nas atividades físicas executadas no cotidiano.
- d. () Angina no coito é rara em pacientes que não a apresentam no exercício intenso.
- e. () A atividade sexual é atribuída como causa em aproximadamente 1% de todos os IAM. Em contraste, os exercícios físicos desencadeiam aproximadamente 5% dos infartos.

10. Sobre a disfunção erétil, é **INCORRETO** afirmar:

- a. () É a incapacidade recorrente e persistente em ter e/ou manter uma ereção peniana suficiente para uma relação sexual satisfatória.
- b. () Partilha os mesmo fatores de risco que a doença arterial coronariana. Lesam o endotélio e provocam aterosclerose peniana.
- c. () Estudos sobre a sexualidade dos brasileiros apontam que 10% dos homens acima de 18 anos já apresentaram disfunção erétil.
- d. () Sua presença é inversamente proporcional ao hábito de se exercitar.
- e. () É considerada um marcador precoce de doença arterial coronariana.

OBRIGADO POR SUA PARTICIPAÇÃO!

Se você desejar alguma informação, por favor, entre em contato:
ciceroaugustos@bol.com.br / LAGESC - UDESC

APÊNDICE 5 – Relação entre aptidão física e qualidade na atividade sexual em portadores de DAC – Roteiro de entrevista

RELAÇÃO ENTRE APTIDÃO FÍSICA E QUALIDADE NA ATIVIDADE SEXUAL EM PORTADORES DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

(versão marculina)

ROTEIRO DA ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____ Idade _____

Sexo _____ Estado Civil _____ Quanto tempo _____

Escolaridade _____

Diagnóstico _____

Profissão _____

Comentários: _____

Fatores de Risco

() HAS () DM () Sedentarismo () Tabagismo

() Obesidade () Lípides Elevado () Estresse

() Depressão () Ansiedade () Outros _____

Medicamentos em uso: _____

ATIVIDADE FÍSICA

Faz Exercícios Físicos diariamente? () Sim () Não

Se sim, qual? _____ Quantas vezes por semana? _____

Quanto tempo por sessão? _____ Há quanto tempo? _____

Comentários: _____

TESTE ERGOMÉTRICO

Protocolo _____ Tempo _____ Estágio _____

FC Rep _____ PA Rep _____ FC Max _____ PA Máx _____

METs _____ Duplo Produto _____

Sentiu algum desconforto? () Sim () Não

Se sim, qual (is)?

() Cansaço excessivo () Dor no Peito () Dor nas pernas

() Falta de ar () Tontura () Outros _____

Comentários: _____

AVALIAÇÃO FÍSICA

Peso: _____ Estatura: _____ IMC: _____

Circ. Cintura: _____

ATIVIDADE SEXUAL

Qual a importância do sexo na sua vida?

| Nenhuma importância | | | Pouco Importante | | | Importante | | | |
|---------------------|---|---|------------------|---|---|------------|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Você sente desejo para o sexo?

| Nenhum Desejo | | | Pouco Desejo | | | Muito Desejo | | | |
|---------------|---|---|--------------|---|---|--------------|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Qual a frequência da sua atividade sexual hoje?

- Não tem vida sexual 1 vez/semana 2 vezes/semana
 3 vezes/semana 4 vezes/semana 5 vezes/semana
 6 vezes/semana 7 vezes/semana ou mais

Como é sua satisfação na atividade sexual hoje?

| Nenhuma satisfação | | | Pouco Satisfeito | | | Satisfeito | | | |
|--------------------|---|---|------------------|---|---|------------|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

No geral, como considera sua vida sexual?

| Pior que antes | | | Igual a antes | | | Melhor que antes | | | |
|----------------|---|---|---------------|---|---|------------------|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Sente algum desconforto durante o ato sexual?

- Não
 Sim Cansaço excessivo Dor no Peito Dor nas pernas
 Falta de ar Tontura Outros _____

Você sente alguma dificuldade durante o ato sexual?

- Não
 Sim Dificuldade em manter a ereção Dor no ato sexual
 Ejaculação precoce Dificuldade para ejacular/não ejacula
 As dificuldades são por parte da (o) parceira (o)

Você chega ao orgasmo?

- Não
 Sim

Se sim, com que frequência você chega ao orgasmo?

- Sempre Quase sempre As vezes Raramente

Comentários _____

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 120/2009 – ESTUDO 1



Estado de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde

São José, 21 de dezembro de 2009

PARECER CONSUBSTANCIADO – Nº 120/2009

IDENTIFICAÇÃO:

Título do Projeto: Nível de conhecimento dos pacientes cardiovasculares sobre o retorno a atividade sexual

Pesquisador Responsável: Cícero Augusto de Souza

Data da Avaliação pelo CEP: 16 de dezembro de 2009

Centro de Pesquisa: Instituto de Cardiologia

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Objetivo geral: Verificar o nível de informação dos pacientes cardiovasculares sobre o retorno à atividade sexual após o procedimento intervencionista (angioplastia e cirurgia de revascularização bypass).

Objetivos específicos: Avaliar e comparar as orientações recebidas entre os pacientes submetidos à angioplastia e cirurgia bypass; Correlacionar às variáveis demográficas (idade, nível educacional, tempo de relação estável) com aspectos da atividade sexual.

SUMÁRIO DO PROJETO:

Este estudo é uma pesquisa descritiva de campo que se delimita em verificar o nível de informação dos pacientes coronariopatas submetidos a procedimentos intervencionistas (angioplastia e cirurgia bypass) sobre o retorno a atividade sexual. Será aplicada uma entrevista aberta, com informações acerca da vida sexual prévia e das orientações dadas pela equipe de saúde. Serão sujeitos da pesquisa pacientes de ambos os sexos que apresentarem doença coronariana e que foram submetidos a procedimentos intervencionistas, sexualmente ativos e que apresentam união estável. A amostra será composta por pacientes atendidos no ambulatório de cardiologia do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina – ICSC, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

DOCUMENTOS APRECIADOS PELO CEP:

- Carta de solicitação de apreciação do projeto;
- projeto de pesquisa;
- Termo de consentimento livre e esclarecido;
- Curriculum do pesquisador principal;
- Folha de Rosto;
- Orçamento de pesquisa;
- Cronograma de pesquisa;
- Cópia digital do projeto (CD);
- Declaração de ciência e concordância da instituição envolvida
- Roteiro de entrevistas

PARECER DO CEP:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Não Aprovado |
| <input type="checkbox"/> | Aprovado e encaminhado o protocolo ao CONEP para apreciação (Resolução 196/96) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Aprovado e encaminhado os dados ao CONEP para registro (Resolução 196/96) |
| <input type="checkbox"/> | Com pendência |

ATENÇÃO

O Pesquisador compromete-se a cumprir a Resolução 196/96 do CNS e demais resoluções do âmbito de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. O CEP do Instituto de Cardiologia solicita, além do relatório final, apresentação de relatório trimestrais do andamento da pesquisa. O pesquisador deve apresentar ao CEP e aos sujeitos da pesquisa o seu resultado, bem como torná-lo público independente de resultados positivos ou negativos.

Coordenador do CEP: Amândio Rampinelli

Ass: _____

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 031/08 – ESTUDO 2



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo CEP Nº 031/08

Título do Projeto: “NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA CARDIOLOGIA A RESPEITO DA ATIVIDADE SEXUAL EM PORTADORES DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES”

Pesquisador Responsável: Cícero Augusto de Souza

Data da avaliação do CEP: 22 de agosto de 2008.

Centro de Pesquisa: UDESC

Justificativa do Estudo: É frequente a não identificação das dificuldades sexuais pela equipe de cuidados e a maioria dos pacientes recebe pouca ou nenhuma assistência para lidar com os efeitos da doença e seu tratamento na intimidade.

Objetivo Geral: Avaliar o nível de conhecimento de profissionais de saúde que atuam na área de cardiologia sobre a atividade sexual de portadores de doenças cardiovasculares.

Específicos: Identificar: conhecimento dos profissionais referentes aos pacientes em atividade sexual e cardiopatas após o evento; conforto o quanto o profissional sentiria desconfortável em cada situação perante a estes pacientes; aproximação o quanto o profissional sentiria desconfortável perante a abordagem de seus pacientes sobre sexualidade; atitudes são questões fechadas de múltiplas escolha referente a atividade sexual em portadores de doenças cardiovasculares bem como seus devidos medicamentos.

Metodologia: pesquisa descritiva de campo, a amostra será de aproximadamente 300 profissionais da área da saúde (médicos, fisioterapeutas, profissionais da educação física, enfermeiros, assistentes sociais entre outros) que participarão do Congresso Brasileiro de Cardiologia nos dias 06 e 07 de setembro de 2008 em Curitiba – PR, que se dispuserem anonimamente em preencher o questionário intitulado: Escala de Conhecimento, Conforto, Aproximação e sobre Sexualidade em coronariopatas.

Considerações gerais: Com o objetivo de promover diálogos e concentrar-se em questões relacionadas com a dignidade dos sujeitos/participantes envolvidos no processo da pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, sugere abaixo recomendações de ordem geral, a fim de permear discussões em conformidade aos princípios e aos conhecimentos éticos e legais.

Parecer do CEP:

(X) Com pendências:

Centro de pesquisa: Esclarecer a que centro a pesquisa está vinculada.

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):

- Por ser um dos documentos mais importantes deve proporcionar o entendimento completo do projeto e suas implicações para os sujeitos da pesquisa.
- Redigido em linguagem acessível e deve contemplar todos os requisitos da Resolução 196/96, IV, IV.1 e IV.2, incluindo o endereço e telefone do pesquisador para contato em caso de necessidade.

Hospital Regional de São José Dr Homero de Miranda Gomes

Rua Adolfo Donato da Silva s/nº - Praia Comprida
São José – cep. 88103-901 Fone 48- 3271-9069

Email: cep.hrsjhmg@gmail.com



Estado de Santa Catarina
Hospital Regional de São José Dr Homero Miranda Gomes
Comitê de Ética em Pesquisa

De ordem geral:

- O pesquisador compromete-se a cumprir a Resolução 196/96 do CNS, inclusive apresentando ao CEP e aos sujeitos de pesquisa os seus resultados.
- Qualquer alteração metodológica e de procedimento deverá ser comunicada ao CEP.
- A aprovação e o início da pesquisa se exige o atendimento prévio das solicitações feitas. O pesquisador tem o prazo de 60 dias para responder aos quesitos formulados pelo CEP, após esse prazo o projeto será considerado retirado e posteriormente havendo interesse, deverá ser apresentado novo protocolo e reiniciado o processo de registro (Res. CNS 196/96).


São José, 03 de setembro de 2008.


Renata Helena Ribeiro Fernandes
Coordenadora do CEP

Parecer Final do CEP

O projeto retornou ao CEP, com as devidas correções em 04/09/08.
Aprovado conforme Resolução 196/96, em 05/09/2008.

São José, 05 de Setembro de 2008.


Renata Helena Ribeiro Fernandes
Coordenadora do CEP

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 15/2006 – ESTUDO 3

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

São José, 02 de agosto de 2006.

PARECER CONSUBSTANCIADO – Nº 15/2006**IDENTIFICAÇÃO:**

Título do Projeto: "Correlação entre tolerância ao esforço e qualidade na atividade sexual em portadores de doença arterial coronariana"

Pesquisador Responsável: Cícero Augusto de Souza

Data da Avaliação pelo CEP: 02 de agosto de 2006.

Centro de Pesquisa: Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

OBJETIVOS DO ESTUDO: Primário: Avaliar o efeito do condicionamento físico na qualidade da atividade sexual em pacientes portadores de doença arterial coronariana (DAC). Secundários: 1) Comparar a frequência semanal de atividade sexual antes e após a detecção da doença arterial coronariana; 2) Comparar o grau de satisfação na atividade sexual antes e após a detecção da doença arterial coronariana; 3) Correlacionar o grau de satisfação na atividade sexual de pacientes portadores de doença arterial coronariana com a tolerância ao esforço em teste ergométrico; 4) Correlacionar a frequência da atividade sexual de pacientes portadores de doença arterial coronariana com a tolerância ao esforço em teste ergométrico.

SUMÁRIO DO PROJETO: (Amostra, Critérios de Inclusão e Exclusão, Metodologia, Estrutura do projeto, Justificativa de uso do placebo e wash out, beneficência, não maleficência, autonomia quanto ao TCLE, relevância social humanitária).

Trata-se de uma pesquisa descritiva. Serão recrutados sujeitos de ambos os sexos sexualmente ativos e com união conjugal estável. A amostra será composta por aproximadamente 200 (duzentos) pacientes acompanhados no ambulatório do ICSC. Será realizada entrevista e teste ergométrico com os sujeitos de pesquisa que consentirem e estiverem de acordo com os critérios de inclusão a seguir: 1) Portador de coronarianopatia, submetido ou não a angioplastia e/ou revascularização do miocárdio; 2) Sexualmente ativo no último ano; 3) União estável há, pelo menos, um ano. Critérios de exclusão: 1) Infarto agudo do miocárdio nas últimas três semanas; 2) Idade superior a 65 anos; 3) Paciente solteiro.

PARECER DO CEP:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Não Aprovado |
| <input type="checkbox"/> | Aprovado e encaminhado o protocolo ao CONEP para apreciação (Resolução 196/96) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Aprovado e encaminhado os dados ao CONEP para registro (Resolução 196/96) |
| <input type="checkbox"/> | Com pendência |

Observações:**ATENÇÃO**

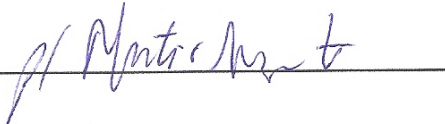
O Pesquisador compromete-se a cumprir a Resolução 196/96 do CNS e demais resoluções do âmbito de Pesquisas envolvendo Seres Humanos.

O CEP do Instituto de Cardiologia solicita, além do relatório final, apresentação de relatório trimestrais do andamento da pesquisa.

O pesquisador deve apresentar ao CEP e aos sujeitos da pesquisa o seu resultado, bem como torná-lo público independente dos resultados.

Coordenador do CEP:
Amândio Rampinelli

Ass: _____


Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Cardiologia de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
Aprovado pela CONEP em 19/02/1997