

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

JULIANA DA ROSA BAINY RODRIGUES

**PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO ERÉTIL EM HOMENS E DE DISFUNÇÃO
SEXUAL EM MULHERES COM CARDIOPATIA ISQUÊMICA**

Porto Alegre

2014

JULIANA DA ROSA BAINY RODRIGUES

**PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO ERÉTIL EM HOMENS E DE DISFUNÇÃO
SEXUAL EM MULHERES COM CARDIOPATIA ISQUÊMICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito parcial para Conclusão de Curso e obtenção do grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Karina de Oliveira Azzolin

Porto Alegre

2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre iluminar meu caminho e abençoar os meus dias.

À minha família, por todo apoio e por acreditar em mim e nas minhas escolhas. Mãe, seu cuidado, dedicação e ensinamentos foi que me deram força e coragem para eu ir em busca dos meus sonhos. Pai, sua presença, mesmo que longe, me deu segurança e certeza das minhas escolhas e de que sempre terei você ao meu lado na minha caminhada. Ao meu irmão por sua amizade e carinho que tens por mim. À minha vozinha querida por ser essencial na minha vida, mesmo eu não tendo muito tempo, sempre me espera com chimarrão nos finais de tarde, pelas nossas conversas, agradeço por todo carinho, atenção, seus ensinamentos, por ter dedicado parte da sua vida a minha. Enfim, agradeço à minha família por todo amor incondicional.

Ao meu namorado Matheus, homem com quem eu amo compartilhar a minha vida. Com você me sinto mais viva. Obrigado pelo carinho, pela paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre. Agradeço por fazer dos meus dias os mais felizes e por ser meu porto seguro. Te amo.

À minha amiga, irmã, cumadre, pela nossa amizade incondicional, mesmo na minha falta de tempo para as nossas conversas, sempre está torcendo por mim. Obrigada por todos os momentos de muita felicidade, são 26 anos de amizade e que vanha o dobro de muita cumplicidade.

Agradeço a minha orientadora Prof^{ta}. Dr^a. Karina Azzolin que teve paciência e que me ajudou muito a concluir este trabalho, por seus ensinamentos e confiança em mim. Te admiro muito.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul por me proporcionar um ensino de graduação de muita qualidade e que me deu de presente quatro pedras preciosas, meus amores, minhas amigas, minha vida: Andreia Youssef, Camila Lando, Jéssica Barbosa, Lígia Dalmolin. A vocês agradeço aos melhores momentos da minha vida nesta graduação, passamos por várias juntas. Sentirei falta daqueles nossos momentos de risadas incontroláveis, foram momentos de sufoco, alegrias, aprendizado, foi ao lado de vocês que compartilhei tamanha felicidade. Que nossa amizade seja eterna, quero vocês para sempre na minha vida.

A todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram para esta imensa felicidade que estou sentindo nesse momento. Olharei para trás não só com saudades, também com grande alegria por termos tido a oportunidade de viver pequenos momentos tão grandiosos ao lado de pessoas inesquecíveis.

*“Bom mesmo é ir à luta com
determinação, abraçar a vida com paixão,
perder com classe e vencer com ousadia,
por que o mundo pertence a quem se
atreve. E a vida é muito bela para ser
insignificante”.*

Charles Chaplin

LISTA DE ABREVIATURAS

ACTP	Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea
CI	Cardiopatia Isquêmica
CRM	Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doença Cardiovascular
DE	Disfunção Erétil
DM	Diabetes Mellitus
DS	Disfunção Sexual
FC	Frequência Cardíaca
FSFI	Índice de Função Sexual Feminina
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto agudo do Miocárdio
IIEF	Índice Internacional de Função Erétil
PA	Pressão Arterial
TRH	Terapia de Reposição Hormonal

SUMÁRIO

1.1	CARDIOPATIA ISQUÊMICA.....	8
1.2	ATIVIDADE SEXUAL E AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	9
1.2.1	<i>Disfunção erétil em homens com cardiopatia isquêmica.....</i>	<i>11</i>
1.2.2	<i>Disfunção sexual em mulheres com cardiopatia isquêmica.....</i>	<i>12</i>
2	OBJETIVO.....	14
2.1	OBJETIVO GERAL.....	14
3	MÉTODO.....	15
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	15
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	15
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	15
3.4	COLETA DOS DADOS.....	16
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	17
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	17
4	ARTIGO ORIGINAL (A SER SUBMETIDO À REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM).....	19
	RESUMO.....	19
1	INTRODUÇÃO.....	19
2	MÉTODOS.....	21
3	RESULTADOS.....	23
4	DISCUSSÃO.....	25
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
	REFERÊNCIAS DO ARTIGO.....	30
	REFERÊNCIAS.....	32
	APÊNDICE A – FICHA CLÍNICA.....	34
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	35
	ANEXO I - ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉTIL - IIFE.....	37

ANEXO II - ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA - FSFI	41
ANEXO III – CARTA DE APROVAÇÃO CEP-HCPA	45
ANEXO IV - NORMAS EDITORIAIS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM	46

REVISÃO DA LITERATURA

1.1 CARDIOPATIA ISQUÊMICA

A doença cardiovascular (DCV) representa um dos principais problemas de saúde pública no mundo moderno. Atualmente se constitui na principal causa de mortalidade nos países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, estima-se um milhão de mortes/ano por doenças cardiovasculares, sendo a doença arterial coronariana (DAC) aguda responsável direta por metade dessas mortes (SOUZA et al, 2013). No Brasil, segundo dados do DATASUS, as DCV ocupam o primeiro lugar entre as causas de mortalidade (32 %) e foram responsáveis por cerca de 12,21% das internações hospitalares em 2008. As DCV lideram os índices de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo, sendo a DAC a causa de um grande número de mortes e de gastos em assistência médica (BRASIL, 2008).

Na fisiopatologia da cardiopatia isquêmica dois processos estão implicados: a oferta e a demanda de oxigênio pelo miocárdio. A isquemia miocárdica ocorre quando há desequilíbrio na oferta e na demanda de oxigênio. Por outro lado, duas situações alteram a oferta de oxigênio para o miocárdio: a isquêmica e a hipoxemia. Em algumas condições, o comprometimento da oferta de oxigênio é secundário à diminuição do fluxo sanguíneo, sendo essa a fisiopatologia da maioria dos casos de infarto agudo do miocárdio e dos episódios de angina instável. Em outras situações, como a hipertrofia ventricular, o aumento da demanda de oxigênio, é o principal responsável pela isquemia miocárdica. A doença aterosclerótica é o fator mais importante na fisiopatogenia da cardiopatia isquêmica, sabe-se da importância do processo aterotrombótico, não só no desencadeamento da isquemia aguda, como também, na progressão da doença aterosclerótica com relação à gravidade da obstrução da luz vascular (EIBEL et al, 2011).

A lesão aterosclerótica é a anormalidade mais comum encontrada nas artérias decorrente inicialmente de dois processos básicos: acúmulo de colesterol e a proliferação de células musculares lisas para dentro do lúmen levando a uma série de complicações circulatórias. Observações fisiopatológicas em seres humanos levantam a hipótese de que a aterosclerose é resultante de uma resposta do organismo à injúria tecidual com enfoque para a disfunção endotelial. A doença começa na infância, mas os

sintomas não são detectados até a idade adulta ou até a terceira idade, quando ocorrem lesões e os órgãos são afetados (CAMACHO; MELICIO; SOARES, 2007).

O aumento da lipoproteína de baixa densidade e diminuição da lipoproteína de alta densidade são os dois fatores de risco da doença arterial coronariana (DAC). As alterações lipídicas influenciam direta e indiretamente a função sexual na população. Infelizmente, há uma lacuna no conhecimento sobre a função sexual de modo geral e o perfil lipídico de cada indivíduo. A função sexual é influenciada por uma série complexa de fatores físicos e mentais que se manifestam de maneira diferente em pacientes com doença arterial coronariana (ASSARI; AHMADI; SALEH, 2014).

Muitos fatores estão associados a este elevado risco cardiovascular, sabe-se que quanto maior o número de fatores de riscos presentes, maior a chance de apresentar um evento cardiovascular. Sendo assim, quanto melhor o controle dos hábitos de vida com redução do número de fatores modificáveis associados, maior é a redução deste risco. Cerca de 60% das mulheres não tem conhecimento adequado acerca das DCV, portanto mais de 90% delas reconhecem que atividade física regular, redução de peso, controle do estresse e hábitos alimentares mais saudáveis, com redução do sal e colesterol na dieta, são medidas importantes para redução do risco cardiovascular (FERNANDES et al, 2008).

1.2 ATIVIDADE SEXUAL E AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

A sexualidade é um aspecto importante da qualidade de vida da população em geral e em pacientes com doença arterial coronariana. A qualidade do relacionamento conjugal dos pacientes com doenças crônicas tem um papel muito importante, dada a sua influência sobre a qualidade de vida dos pacientes, na relação destes com a doença a curto e longo prazo (ASSARI et al, 2014b).

Os pacientes com DAC, muitas vezes têm medo da morte súbita durante o ato sexual e/ou de desencadear um evento cardíaco, o que, de fato, irá diminuir a sua qualidade de vida. O receio de um evento cardíaco durante a relação sexual pode interferir na capacidade dos pacientes em desfrutar a sua sexualidade (CHEN et al, 2009).

As doenças cardiovasculares interferem na atividade sexual dos pacientes e na vasta maioria das vezes atuam como um fator complicador. Isso tem sido observado basicamente por duas razões principais: 1) pelo diagnóstico cardíaco e todas as

implicações psicológicas que tal “marca” acarreta, como ansiedade, medo da morte, restrição na atividade física; 2) a necessidade do uso de diversos fármacos capazes de produzir efeitos adversos que prejudicam o desempenho sexual (especialmente pelo desencadeamento de disfunção erétil e/ou perda da libido) (STEIN, HOHMANN, 2006).

O manejo dos pacientes com doença cardíaca inclui uma grande diversidade de agentes e procedimentos invasivos de variados graus. Tais procedimentos produzem diferentes níveis de restrição à atividade física e, com ela, impactos distintos na vida sexual do indivíduo. Estima-se que, após um diagnóstico ou procedimento cardíaco, cerca de 25% dos pacientes retornem à vida sexual normal, apresentando as mesmas frequência e intensidade prévias. Metade dos pacientes retoma a vida sexual com algum grau de diminuição em frequência e/ou intensidade, e os 25% restantes não reassumem sua vida sexual (STEIN; HOHMANN, 2006).

Muitas vezes, o paciente que sofreu um infarto agudo do miocárdio (IAM) não retoma sua atividade sexual por falta de esclarecimentos e receio de ter dor durante o ato, acreditando haver uma relação entre prática sexual e o aparecimento de novos eventos cardíacos. Pesquisa realizada com pacientes que sofreram IAM revelou a falta de orientação quanto ao retorno da vida íntima, dos quais 96% desconheciam as possíveis limitações provocadas pela doença. Essa falta de informação contribuiu para uma importante redução da qualidade da atividade sexual (SOUZA et al, 2011).

Durante a atividade sexual, a frequência cardíaca (FC) e a pressão arterial (PA) aumentam da mesma forma que em qualquer atividade física aeróbica: a questão é se o grau de aumento é excessivo e potencialmente perigoso. Além disso, é necessário saber se terapia antianginosa convencional prescrita para o manejo da dor ou do desconforto no esforço pode ter o mesmo efeito benéfico durante atividade sexual (STEIN; HOHMANN, 2006).

Diversos fatores estão bem estabelecidos quanto à possibilidade da redução da atividade sexual após eventos cardiológicos, dentre os quais medo da morte ou reinfarto, dispneia, angina, exaustão, alterações da libido, depressão, impotência, preocupação ou ansiedade do cônjuge, além da sensação de culpa. É sabido que a presença de alterações hemodinâmicas, o aumento da frequência cardíaca e a elevação da pressão arterial durante a relação sexual podem servir de gatilho para outro evento cardíaco (LUNELLI et al, 2008).

Dessa forma, é necessário disponibilizar aos pacientes uma orientação de qualidade quanto à retomada dessa prática e posterior liberação pela equipe médica. A partir disso ficam claras as dúvidas e dificuldades, tanto dos pacientes quanto da equipe de saúde, de como abordar e/ou engajar nos programas de reabilitação cardíaca as orientações sobre a atividade sexual (LUNELLI et al, 2008).

1.2.1 Disfunção erétil em homens com cardiopatia isquêmica

A disfunção sexual (DS) é um problema de saúde comum, com prevalência entre 20-30% na população masculina mundial. Estima-se que mais de 152 milhões de homens em todo o mundo apresentem algum grau de disfunção erétil (DE). No Brasil, nos adultos maiores que 18 anos, o índice é de 45%. A disfunção erétil afeta mais de 52% dos homens com idade entre 40-70 anos. Tendo forte relação com as doenças cardiovasculares, trata-se de um relevante problema de saúde universal (GONZÁLEZ, 2013).

A disfunção erétil afeta 30% dos homens entre 40 e 70 anos de idade (MOREIRA et al, 2004). Há várias causas diferentes de disfunção erétil, incluindo depressão, baixo nível de testosterona, problema no sistema nervoso, e alguns medicamentos, mas a causa mais comum é a aterosclerose. Na presença da aterosclerose, os vasos sanguíneos não são capazes de dilatar adequadamente, processo este chamado de disfunção endotelial. O colesterol acumula-se nas paredes dos vasos sanguíneos e forma placas, o que ocasiona a diminuição do lúmen dos vasos, diminuindo o fluxo sanguíneo. Sendo assim, a disfunção erétil pode ser um indicativo de cardiopatia isquêmica ou um acidente vascular cerebral, dentro de um período de 3 a 5 anos (SCHWARTZ; KLONER, 2011).

A disfunção erétil tem fatores de risco similares aos das doenças cardiovasculares, mas também pode ser um fator de risco independente para tais doenças. As evidências atuais consideram a disfunção erétil como uma desordem primordialmente de origem vascular e, mais do que isso, como um marcador precoce das doenças cardiovasculares. Apesar disso, o potencial da disfunção erétil como um sinal para alertar os médicos para uma possível manifestação precoce de doenças cardiovasculares mais graves tem sido pouco explorado na prática clínica diária. A disfunção erétil (DE), definida como a incapacidade de obter ou manter uma ereção

suficiente para um ato sexual satisfatório, é uma condição muito frequente, tendo a idade como seu principal fator de risco (SCHWARTZ; KLONER, 2011).

Dados nacionais indicam que a disfunção erétil tem uma prevalência global de aproximadamente 53%, com uma distribuição diferente entre as faixas etárias e um predomínio proporcionalmente maior nos mais idosos. As doenças cardiovasculares (DCV) da mesma forma são mais prevalentes nos mais velhos. Há uma nítida correlação entre os fatores de risco comuns para disfunção erétil e doenças cardiovasculares, tais como idade, tabagismo, diabetes, obesidade, dislipidemia e hipertensão. Até há pouco tempo, prevalecia a ideia de que DE e DCV apenas compartilhavam fatores de risco e causas subjacentes similares. Entretanto, atualmente há um aumento das evidências mostrando que a disfunção erétil é na verdade uma manifestação precoce de DCV, tendo como base a disfunção endotelial (SCHWARTZ; KLONER, 2011).

Os homens com doença coronária apresentam uma maior taxa de disfunção erétil. Esta associação deve-se ao fato de ambos partilharem os mesmos fatores de risco, diabetes *mellitus* (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Estas condições aumentam de forma significativa a prevalência e gravidade da disfunção erétil (TEIXEIRA; PEREIRA, 2012).

Os autores defendem que pacientes com disfunção erétil, em especial aqueles que concomitantemente apresentam diabetes *mellitus* tipo 2, devem ser submetidos a uma avaliação cardiovascular global, pois continuar a ignorar a disfunção erétil como fator de risco vascular por pudor não é aceitável e poderá ser considerado negligência. O elevado número de mortes devido a eventos cardiovasculares justifica o interesse crescente em preveni-los (TEIXEIRA; PEREIRA, 2012).

1.2.2 Disfunção sexual em mulheres com cardiopatia isquêmica

Apesar da incidência da DAC aumentar na população com o envelhecimento, nas mulheres suas manifestações clínicas aparecem cerca de 10 a 15 anos mais tarde do que em homens, fato este possivelmente explicado pela proteção estrogênica. Estudos mostram que a DAC ocorre duas a três vezes mais em mulheres após menopausa do que aquelas na pré-menopausa (FERNANDES et al, 2008).

Disfunção sexual (DS) é caracterizada por um distúrbio no ciclo de resposta sexual, ou dor associada com a relação sexual. DS é listada como transtorno do desejo

sexual, disfunção da excitação sexual feminina, disfunção erétil masculina (DE), disfunção do orgasmo feminino e masculino, a ejaculação precoce e dor sexual (vaginismo e a dispareunia). Semelhante às ereções masculinas, a excitação genital feminina é alcançada quando o sistema vascular aumenta o fluxo sanguíneo para os lábios através da vasodilatação, o que é acompanhado pela lubrificação vaginal e ereção do clitóris. Há estudos que revelaram o efeito das doenças cardiovasculares (DCV) sobre o desejo sexual das mulheres, com diminuição da sensibilidade do clitóris e lábios vaginais e diminuição do orgasmo. Mulheres com DCV apresentam problemas com lubrificação vaginal antes e durante a relação sexual e muitas relatam dor sexual de moderada à forte intensidade (NASCIMENTO, 2013).

A alta prevalência da DS existe entre homens e mulheres com doenças cardiovasculares. As alterações fisiológicas na satisfação sexual, tais como disfunção erétil em homens e excitação sexual em mulheres, foram correlacionados com a gravidade da DAC. Em alguns estudos, a idade e os sintomas depressivos previu DS em pacientes masculinos e femininos. Nas mulheres, este processo ocorre durante a menopausa e pode causar vários problemas sexuais. A depressão é um importante fator de risco para DS, visto que esta condição pode comprometer o desejo sexual (NASCIMENTO, 2013). Doenças crônicas como a DAC estão associados com sintomas depressivos que, em última análise, pode resultar em piora da função sexual, seja através de depressão em si ou por medicações antidepressivas. Em muitos casos, no entanto, não é claro se depressão causa a disfunção sexual ou se a disfunção sexual causa a depressão (SCHWARZ, 2007).

Estudos recentes avaliando o impacto da idade e do nível de estrogênio na resposta sexual feminina demonstrou que mulheres mais velhas, durante a menopausa, que não estejam realizando terapia de reposição hormonal (TRH) apresentaram uma diminuição do fluxo sanguíneo genital em comparação às que realizam TRH. Há evidências, no entanto, de que os processos e os riscos das DCV estão associados à disfunção erétil em homens, assim como, à disfunção sexual nas mulheres, indicando um mecanismo fisiopatológico comum (SCHWARZ, 2007).

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a prevalência de disfunção erétil em homens e de disfunção sexual em mulheres com cardiopatia isquêmica.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo com delineamento transversal. No estudo transversal todas as medições são feitas em uma única ocasião ou durante um curto período de tempo, sem período de seguimento. Esse tipo de estudo pode ser empregado quando se deseja conhecer a prevalência em determinado momento e a sua diferença entre subgrupos (HULLEY et al, 2008).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no ambulatório de cardiopatia isquêmica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, entidade pública e de grande porte situada no bairro Rio Branco, localizado na cidade de Porto Alegre/RS. O ambulatório funciona todas as quintas-feiras das 16hs às 20hs.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa foram os pacientes portadores de Doença Arterial Coronariana (DAC) atendidos no ambulatório de cardiopatia isquêmica (CI).

Foram incluídos pacientes:

- Ambos os sexos;
- Idade maior ou igual a 18 anos;
- Que possuem diagnóstico de cardiopatia isquêmica através de registro no prontuário eletrônico (IAM prévio ou acompanhamento ambulatorial por dor anginosa);
- Que possuem ao menos uma consulta no ambulatório da Cardiopatia Isquêmica.

Foram excluídos pacientes:

- Que possuem história de déficit cognitivo ou de sequelas neurológicas que prejudiquem o entendimento dos instrumentos registrado no prontuário eletrônico em consulta anterior;
- Que possuem diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção $\leq 45\%$.

O cálculo amostral foi estimado considerando-se uma prevalência de 80% de disfunção sexual (RUZIC; et al, 2007; YILDIZ; PINAR, 2004) e uma população atendida na instituição de 638 pacientes acometidos por DAC, sendo necessário uma amostra de 123 homens e 121 mulheres, com nível de confiança de 95% obtido através do programa de estatística Winpepi (v. 18).

3.4 COLETA DOS DADOS

Os pacientes foram abordados antes ou após a consulta médica ambulatorial, ao aceitarem participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram convidados a responder um questionário, em sala reservada no Centro de Pesquisa Clínica (CPC).

Os questionários foram aplicados em um ambiente reservado pelo pesquisador, garantindo a privacidade do participante da pesquisa. O tempo previsto para a aplicação do questionário foi de 20 a 30 minutos.

Neste estudo foram utilizados dois questionários validados no Brasil, o Índice Internacional de Função Erétil - IIEF (GONZÁLES et al, 2013) (ANEXO I) que foi validado no ano de 2013 e o questionário denominado índice de Função Sexual Feminina - FSFI (PACAGNELLA, et al, 2008) (ANEXO II) que foi validado no ano de 2008. O IIEF é composto de 15 questões fechadas que analisam basicamente cinco domínios: a função erétil (questão de 1 a 5 e 15), relação sexual (questões de 6 a 8), função orgásmica (questões 9 e 10), desejo sexual (questões 11 e 12) e satisfação sexual (questões 13 e 14) (GONZÁLES et al, 2013). Cada questão tem uma alternativa que corresponde a um valor de 1 a 5, o resultado final é a soma destes valores chegando-se a um determinado grau de disfunção erétil. Escores de 21 a 24 são considerados disfunção erétil leve, de 16 a 20 disfunção erétil moderada e escore menor que 15 disfunção erétil grave.

O FSFI é composto de 19 questões fechadas que abordam 6 domínios: o desejo sexual (questões 1 e 2), a excitação (questões de 3 a 6), a lubrificação (questões de 7 a 10), o orgasmo (questões de 11 a 13), a satisfação (questões de 14 a 16) e a dor (questões de 17 a 19) (PACAGNELLA, et al, 2008). Da mesma forma como o IIEF, o FSFI possui 5 alternativas que correspondem a um determinado valor que varia de 1 a 5. O resultado final se dá a partir da soma das respostas das questões de cada domínio e cada domínio é multiplicado por um fator para evitar que um domínio influencie mais do que outro, homogeneizando o resultado final do questionário. Cada um dos 6 domínios tem um padrão de resposta, quanto mais baixo o escore final, pior é a qualidade de vida sexual. Sendo considerado como ponto de corte o valor de 26,55, assim a soma dos resultados dos domínios que derem abaixo deste valor foram classificadas como pacientes com disfunção sexual e acima deste sem disfunção sexual.

Ainda foram avaliadas as variáveis idade, atividade profissional, renda, estado civil, medicações em uso, tabagismo, comorbidades e tempo de diagnóstico de DAC através da ficha clínica (APÊNDICE A) preenchida através de consulta aos registros médicos e de enfermagem em prontuário eletrônico.

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro, outubro.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em um banco de dados do programa Microsoft Excel e analisados no pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS v. 18). As variáveis contínuas foram descritas como média e desvio padrão para aquelas com distribuição normal. As variáveis categóricas, com números absolutos e percentuais. As associações das variáveis clínicas ou socio-demográficas foram realizadas a partir do teste t de Student e regressão de Poisson. Um $P < 0,05$ bicaudal foi considerado estatisticamente significativo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi elaborado conforme Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos conforme Resolução 466/12. Este projeto foi encaminhado, em 2011, à Comissão Científica e Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto

Alegre (CEP-HCPA) sendo aprovado sob o número 110271(ANEXOIII).Foi submetido à avaliação da Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS. Todos os pacientes foram submetidos à leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) apresentado em duas vias de igual teor (APÊNDICE B), sendo uma entregue ao paciente, enquanto a outra permaneceu com a pesquisadora.

4 ARTIGO ORIGINAL (A SER SUBMETIDO À REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM)

PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO ERÉTIL EM HOMENS E DE DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES COM CARDIOPATIA ISQUÊMICA

RESUMO

Este estudo tem o objetivo de identificar a prevalência de disfunção erétil em homens e disfunção sexual em mulheres com cardiopatia isquêmica. Trata-se de um estudo com delineamento transversal realizado com pacientes cardiopatas atendidos no ambulatório de cardiopatia isquêmica de hospital universitário. Foram avaliados 55 homens e 34 mulheres, com média de idade de 67 anos. A presença de disfunção erétil foi de 36,3%, sendo 23,6% disfunção erétil grave. Foram associados significativamente a uma piora da disfunção erétil, o somatório de comorbidades ($P=0,001$) e a idade avançada ($P=0,000$). Das pacientes do sexo feminino, 32 (94,1%), apresentou disfunção sexual. Os dados do estudo mostram uma alta prevalência de disfunção erétil e sexual na amostra. Ainda que o maior número de comorbidades, o avanço da idade está associado à disfunção grave em homem.

Descritores: Disfunção erétil, Disfunção Sexual Feminina, Doenças Arterial Coronariana, Cardiopatia Isquêmica.

1 INTRODUÇÃO

Os avanços na medicina têm proporcionado um aumento significativo na expectativa e qualidade de vida da população, porém, com crescente prevalência de doenças crônicas, principalmente das cardiovasculares. Essas doenças crônicas aliadas ao processo de envelhecimento causam mudanças no desempenho quantitativo e qualitativo da atividade sexual de homens e de mulheres⁽¹⁾.

A função sexual e a qualidade do relacionamento conjugal são dois aspectos fundamentais da saúde social, e eles podem ter uma importante influência na qualidade de vida dos pacientes com cardiopatia isquêmica (CI)⁽²⁾. A doença arterial coronariana

(DAC) afeta a vida sexual dos pacientes tanto no sentido psicológico como na sua fisiopatologia, podendo ocasionar um impacto negativo na frequência e satisfação da atividade sexual acarretando a disfunção sexual⁽²⁾.

A disfunção sexual (DS) é uma desordem comum, com prevalência entre 20-30% na população masculina mundial. Estima-se que mais de 152 milhões de homens em todo o mundo apresentem algum grau de disfunção erétil (DE). No Brasil, esse índice é de 45% na população maior de 18 anos⁽³⁾. Estudos mostram que a disfunção erétil no Brasil apresenta aproximadamente um milhão de casos novos a cada ano afetando 52% dos homens brasileiros com 40 a 70 anos⁽⁴⁾.

Os homens com doença arterial coronariana apresentam uma maior taxa de disfunção erétil, esta associação está diretamente ligada aos fatores de risco como diabetes *melittus* (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, tabagismo, consideradas condições que aumentam significativamente a prevalência e a gravidade da disfunção erétil⁽⁵⁾.

Porém, na maioria das vezes as respostas cardiovasculares e metabólicas na atividade sexual parecem estar mais relacionadas à excitação do que ao esforço físico propriamente dito. Dessa forma a tolerância cardiovascular para o sexo deveria ser efetivamente avaliada, visto que as doenças cardiovasculares interferem na atividade sexual dos pacientes e na maior parte das ocasiões atua como um fator complicador⁽¹⁾.

Ainda, a disfunção erétil é considerada um preditor de doença arterial coronariana, principalmente em pacientes menores que 60 anos. Inversamente, inúmeros pacientes com coronariopatia conhecida têm disfunção erétil (até 75% dos casos). Assim, é importante a equipe de saúde saber manejar os pacientes que apresentam as duas condições⁽⁶⁾.

Tem-se observado duas razões para manifestação da disfunção erétil nesta população, devido ao diagnóstico cardíaco e todas as implicações psicológicas, como ansiedade, medo da morte, restrição na atividade física, e a necessidade do uso de diversos fármacos capazes de produzir efeitos adversos que prejudicam o desempenho sexual, especialmente pelo desencadeamento de disfunção erétil e/ou perda da libido⁽¹⁾.

Já nas mulheres, são poucos os dados científicos relacionados à disfunção sexual na doença arterial coronariana. No entanto, as doenças crônicas, como a DAC estão associados a sintomas depressivos que podem resultar em piora da função sexual, seja através de depressão em si ou por efeitos colaterais dos antidepressivos como a diminuição da libido⁽⁷⁾.

Porém, não está claro se a depressão causou a disfunção sexual ou se a disfunção sexual causou depressão, mas, certamente, as duas condições estão intimamente relacionadas. A disfunção sexual feminina, muitas vezes, abrange mais do que apenas uma condição prejudicada. Também nas mulheres, está relacionada à idade, afetando 30-50% das mulheres americanas. Com base na pesquisa da *National Health and Social Life*, de 1749 mulheres, 43% têm queixas de disfunção sexual (sendo que as mulheres mais velhas não foram incluídas)⁽⁷⁾.

Devido à presença do componente psicológico, as disfunções sexuais femininas são mais difíceis de tratar do que as disfunções sexuais masculinas. Assim, faz-se necessário a comunicação e o diálogo de uma equipe multidisciplinar, permitindo uma visão holística da disfunção e a sua correta orientação⁽⁸⁾.

No entanto, uma boa qualidade do relacionamento conjugal é importante por proporcionar segurança e diminuir as tensões em pacientes com cardiopatia isquêmica, assim melhorando a sua qualidade de vida⁽²⁾.

Evidências de que os distúrbios sexuais acometem mais os pacientes com doenças cardiovasculares do que a população em geral, que os fatores psicológicos associados a estes eventos afetam a vida sexual dos pacientes, contribuindo assim para a incidência de disfunção sexual e a falta de conhecimento/questionamento por parte dos pacientes em atendimento ambulatorial sobre este tema impulsionaram esta análise. Dessa forma, o presente estudo tem o objetivo de identificar a prevalência de disfunção erétil em homens e de disfunção sexual em mulheres com cardiopatia isquêmica atendidos em um ambulatório especializado.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo com delineamento transversal, com pacientes portadores de DAC atendidos no ambulatório de cardiopatia isquêmica (CPI) de hospital universitário, de grande porte do sul do Brasil.

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 18 anos, que possuem diagnóstico de cardiopatia isquêmica através de registro no prontuário eletrônico (IAM prévio ou acompanhamento ambulatorial por dor anginosa), e que possuam ao menos uma consulta no referido ambulatório. Foram excluídos pacientes que possuem história de déficit cognitivo ou de sequelas neurológicas que prejudiquem o entendimento dos instrumentos registrado no prontuário eletrônico em

consulta anterior, e que possuem diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção $\leq 45\%$.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de questionários devidamente validados no Brasil e através da consulta aos registros médicos e de enfermagem em prontuário eletrônico conforme critérios de inclusão e exclusão. Foi utilizada uma ficha clínica para consulta aos registros eletrônicos.

Neste estudo foram utilizados os questionários, Índice Internacional de Função Erétil - IIEF⁽³⁾ que foi validado no ano de 2013 e o questionário denominado índice de Função Sexual Feminina - FSFI⁽⁹⁾ que foi validado no ano de 2008. O IIEF é composto de 15 questões fechadas que analisam basicamente cinco domínios: a função erétil (questão de 1 a 5 e 15), relação sexual (questões de 6 a 8), função orgásmica (questões 9 e 10), desejo sexual (questões 11 e 12) e satisfação sexual (questões 13 e 14). Cada questão tem uma alternativa que corresponde a um valor de 1 a 5, o resultado final é a soma destes valores chegando-se a um determinado grau de disfunção erétil. Escores de 21 a 24 são considerados disfunção erétil leve, de 16 a 20 disfunção erétil moderada e escore menor que 15 disfunção erétil grave⁽³⁾.

O FSFI é composto de 19 questões fechadas que abordam 6 domínios: o desejo sexual (questões 1 e 2), a excitação (questões de 3 a 6), a lubrificação (questões de 7 a 10), o orgasmo (questões de 11 a 13), a satisfação (questões de 14 a 16) e a dor (questões de 17 a 19). Da mesma forma como o IIEF, o FSFI possui 5 alternativas que correspondem a um determinado valor que varia de 1 a 5. O resultado final se dá a partir da soma das respostas das questões de cada domínio e cada domínio é multiplicado por um fator para evitar que um domínio influencie mais do que outro, homogeneizando o resultado final do questionário. Cada um dos 6 domínios tem um padrão de resposta, quanto mais baixo o escore final, pior é a qualidade de vida sexual. Sendo considerado como ponto de corte o valor de 26,55, assim a soma dos resultados dos domínios que derem abaixo deste valor foram classificadas como pacientes com disfunção sexual e acima deste sem disfunção sexual⁽⁹⁾.

Os questionários foram aplicados pelo pesquisador em um ambiente reservado, garantindo a privacidade do participante da pesquisa. O tempo para a aplicação do questionário foi de 20 a 30 minutos.

Os dados foram digitados em um banco de dados do programa Microsoft Excel 2010 e analisados no pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS v. 18). As variáveis contínuas foram descritas como média e desvio padrão para aquelas

com distribuição normal. As variáveis categóricas, com números absolutos e percentuais. As associações das variáveis clínicas ou socio-demográficas foram realizadas a partir do teste t de Student, regressão de Poisson. Um $P < 0,05$ bicaudal foi considerado estatisticamente significativo.

O estudo foi aprovado pela Comissão Científica e Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP-HCPA) sob o número 110271. Foi submetido à avaliação da Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS. Todos os pacientes foram submetidos à leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) apresentado em duas vias de igual teor. As informações somente serão divulgadas anonimamente.

3 RESULTADOS

Foram avaliados preliminarmente 55 homens e 34 mulheres, no ambulatório de cardiopatia isquêmica, o que representa menos de 50% da amostra, com média de 67 anos de idade. As demais características da amostra estão descritas na tabela 1.

Tabela 1 – Características socio-clínicas demográficas da amostra masculina (N= 55) e feminina (N=34)

Variáveis	Homens N(%)	Mulheres N(%)
Idade* (anos)	67,31±8,8	67,18±11,6
Idade do início atividade sexual* (anos)	15±2,45	19,3±6,45
Estado Civil		
Casados/companheira	41(74,5)	13(38,2)
Divorciados	8(14,5)	14(41,2)
Viúvo	3(5,5)	5(14,7)
Solteiro	3(5,5)	2(5,9)
Comorbidades†	2,1±1,04	2,6±1,25
HAS	43(78,2)	29(85,3)
Diabetes Mellitus	23(41,8)	19(55,9)
Dislipidemia	20(36,4)	17(50)
Angina Estável	20(36,4)	17(50)
Insuficiência Renal Crônica	5(9,1)	0
Acidente Vascular Encefálico	3(5,5)	2(5,9)
DPOC	1(1,8)	5(14,7)
Tabagismo		
Sim	9(16,4)	6(17,6)
Ex-tabagista	28(50,9)	10(29,4)
Não	18(32,7)	18(52,9)
Medicações†	6±1,63	6,4±1,37
Estatina	54(98,2)	32(94,1)

Antiagregante plaquetário	53(96,4)	32(94,1)
Beta-Bloqueador	52(94,5)	28(82,4)
IECA/ARA2	48(87,3)	31(91,2)
Hipoglicemiante oral	25(45,5)	16(47,1)
Vasodilatador	24(43,6)	16(47,1)
Diurético	23(41,8)	24(70,6)
Bloqueador do Canal Cálcio	21(38,2)	12(35,3)
Anticoagulante	6(10,9)	2(5,9)
Insulina	6(10,9)	4(11,8)
Outros	18(32,7)	23(67,6)

*Dado apresentado por média (\pm desvio padrão). † média de comorbidades/medicações apresentadas na amostra. HAS=hipertensão arterial sistêmica; DPOC= doença pulmonar obstrutiva crônica; IECA=inibidores da enzima de conversão da angiotensina; ARA=antagonistas dos receptores da angiotensina.

Com relação aos procedimentos prévios para revascularização, 32,7% dos homens e 14,7% das mulheres realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM), 83,6% dos homens e 67,6% das mulheres realizaram angioplastia coronariana transluminal percutânea (ACTP).

Dos pacientes do sexo masculino avaliados, 36,3% apresentaram disfunção erétil sendo 13 (23,6%) disfunção erétil grau grave (Figura 1).

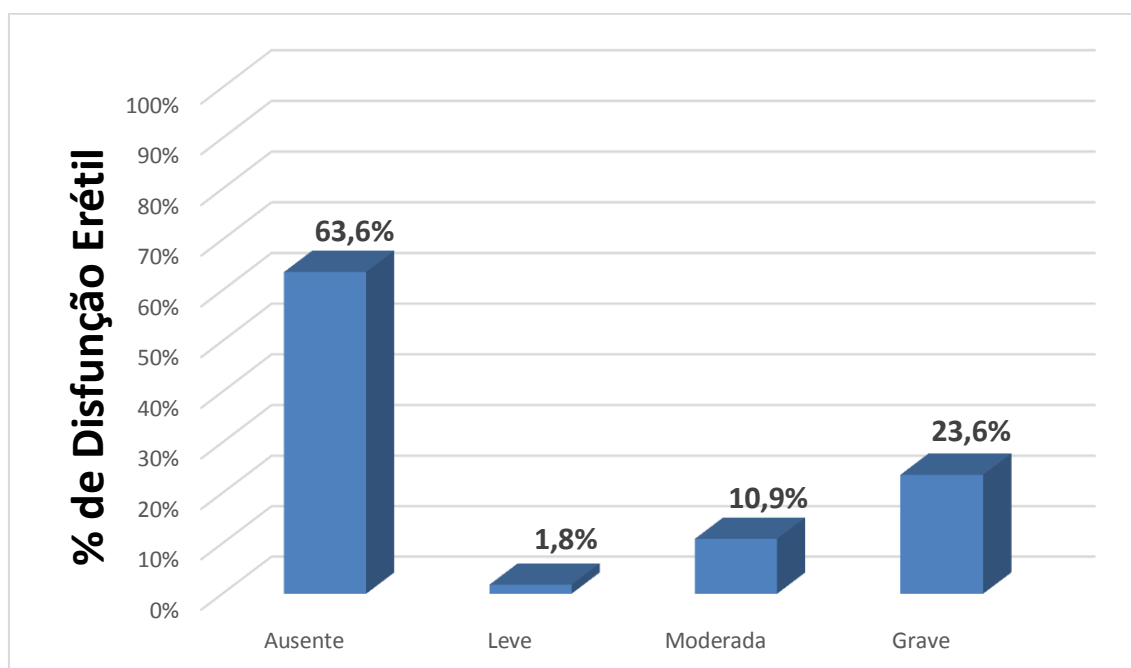


Figura 1 – Grau de Disfunção Erétil dos pacientes com Cardiopatia Isquêmica em acompanhamento ambulatorial. Porto Alegre 2014.

Foram associados significativamente a uma piora da disfunção erétil, o somatório de comorbidades (média de 2,8, $P=0,001$) e a idade avançada ($P=0,000$). Pacientes com

idade avançada tem 1,08 de chance de desenvolver disfunção erétil assim como pacientes com maior número de comorbidades associadas tem 2,01 de chance de desenvolver disfunção erétil, ou seja, o número de comorbidades está associado à disfunção erétil grave independente da idade. Não houve relação associativa significativa entre o número/tipo de medicamentos com disfunção erétil ($P=0,247$).

Constatou-se que 78,2% dos pacientes da amostra apresentavam HAS e dos pacientes com disfunção erétil grave 27,9% tinham HAS associada. Apesar da elevada prevalência, a HAS isolada não teve uma associação significativa com disfunção erétil ($P=1,000$).

Das pacientes do sexo feminino avaliadas a maioria, 32 (94,1%), apresentou disfunção sexual.

Devido ao elevado número de pacientes do sexo feminino com DSF, não foi realizado associações com as variáveis socio-clínicas demográficas.

Quando questionados se foram orientados com relação à atividade sexual 32,7% dos homens e 5,9% das mulheres responderam que sim.

4 DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que 36,3% dos homens acompanhados em um ambulatório de cardiopatia isquêmica apresentam disfunção erétil, sendo que 13% têm disfunção erétil grave, ainda está diretamente associada ao maior o número de comorbidades e a idade avançada. Nas mulheres os dados foram ainda mais alarmantes, visto que 94,1% apresentavam disfunção sexual.

Estes dados convergem com a literatura, estudos mostram que a disfunção erétil no Brasil apresenta aproximadamente um milhão de casos novos a cada ano em homens brasileiros com 40 a 70 anos⁽⁴⁾. É estimado que mais de 300 milhões de homens irão apresentar disfunção erétil até 2015⁽¹⁰⁾.

O Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) com homens saudáveis realizado em três regiões do país encontrou 46,2% de disfunção erétil, destes apenas 2,6% grave. Outros dois estudos realizados encontraram índices de 39,5% e 40%, respectivamente⁽¹¹⁾.

A prevalência pode ser superior quando a amostra é composta por pacientes cardiopatas. Diferentes estudos mostram que a disfunção erétil é frequente em pacientes

com DAC, variando entre 47 e 75%. No estudo COBRA, a prevalência global disfunção erétil em pacientes com DAC foi de 47%, enquanto que no grupo com coronariografia normal a taxa de disfunção erétil foi de 24%⁽¹²⁾.

A gravidade da disfunção erétil, também tem sido associada à extensão da DAC, pacientes com disfunção erétil moderada/grave tem de 1,6 a 2,6 vezes maior probabilidade de ter DAC, respectivamente, em comparação àqueles sem disfunção erétil⁽¹³⁾.

Em homens saudáveis e naqueles com DM2, a presença de disfunção erétil tem sido associada aos sinais clínicos precoces de DAC em cerca de dois terços dos homens⁽¹⁴⁾.

Em nosso estudo 36,4% dos pacientes com cardiopatia isquêmica apresentavam queixas de angina estável, destes 40% com disfunção erétil grave. O fato das artérias que irrigam o pênis serem muito menor do que aquelas que irrigam o miocárdio pode explicar porque homens com disfunção erétil raramente experimentam sintomas evidentes de DAC, enquanto aqueles com DAC, muitas vezes, têm disfunção erétil concomitante. A severidade da disfunção erétil pode refletir na gravidade da DAC⁽¹⁴⁾.

Foi observada na amostra masculina estudada uma associação estatisticamente significativa entre disfunção erétil grave e o número de comorbidades, sendo uma média de 2,8 por paciente. Esta associação deve-se ao fato de compartilharem os mesmos fatores de risco, como diabetes mellitus, HAS, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, e tabagismo. Estas condições aumentam de forma significativa a prevalência e gravidade da disfunção erétil⁽⁵⁾.

Ainda a disfunção erétil é quase duas vezes mais frequente em hipertensos do que em indivíduos normotensos e tende a ser de maior gravidade. O risco relativo de desenvolver disfunção erétil em pacientes hipertensos em comparação com indivíduos normotensos varia de 1,3 a 6,9⁽¹²⁾. Um estudo com 183 pacientes do sexo masculino observou que com o aumento do número de artérias coronárias obstruídas em pacientes com disfunção erétil, houve um aumento concomitante da pressão arterial⁽¹⁵⁾. Esta associação não foi confirmada em nossos dados, visto que a HAS isolada não teve associação significativa com piora da disfunção erétil.

A disfunção erétil tem sido considerada um marcador precoce de risco cardiovascular, podendo inclusive anteceder as manifestações clínicas da aterosclerose e prever a existência da HAS e de outros fatores de risco em homens que não visitam o médico regularmente⁽¹⁶⁾.

Ainda, entre os homens estudados a idade avançada estava associada à disfunção erétil. A idade parece ser o fator de risco não modificável mais evidente, com forte associação com a presença desta disfunção e sua gravidade estimando-se afetar até 50% dos homens com mais de 70 anos⁽¹⁶⁾.

Semelhante a outros estudos, em nossa amostra a disfunção erétil não foi associada ao uso de medicações. Apesar da percepção amplamente difundida de que as drogas cardiovasculares causam disfunção erétil, dados atestam o contrário e alguns agentes farmacológicos podem até trazer alguns benefícios. Apenas diuréticos tiazídicos tiveram uma relação negativa significativa com a disfunção erétil, outros fármacos como os beta-bloqueadores demonstraram reduzido efeito colateral no desempenho sexual (3%)⁽¹²⁾.

Quando o paciente faz uso de drogas vasodilatadoras pode até apresentar melhora na função erétil. Inibidores da ECA, bloqueadores dos receptores da angiotensina, e bloqueadores dos canais de cálcio são referidos como sendo neutros ou até mesmo tendo um efeito positivo sobre a função erétil, mas os dados ainda não são conclusivos. A respeito das estatinas a maior parte das evidências um efeito benéfico nos pacientes com disfunção erétil⁽¹²⁾.

A disfunção sexual feminina em cardiopatas ainda não foi amplamente estudada, quando comparada à disfunção erétil, os estudos são incipientes e em número reduzido.

No presente estudo constatou um elevado índice de DSF, presente em 94,1%. Com relação a estes dados, a literatura mostra que em mulheres, a disfunção sexual é progressiva quando relacionada com a idade e altamente prevalente afetando 30-50% das mulheres americanas⁽⁷⁾. Os estudos transversais fornecem fortes evidências de que a atividade sexual e o desempenho sexual geralmente diminuem com o aumento da idade da mulher. Esse declínio foi encontrado em mulheres acima de 30 anos, mas esta avaliação é baseada em dados limitados⁽¹⁷⁾.

Há evidência, no entanto, de que o processo de adoecimento e os riscos que estão associados com disfunção erétil também estão associados à disfunção sexual feminina, o que indica semelhança no mecanismo fisiopatológico. Estas condições incluem o envelhecimento, hipertensão, tabagismo, dislipidemia e fatores que afetam o sistema vascular levando à disfunção endotelial e aterosclerose⁽⁷⁾.

Por outro lado, as doenças crônicas, tais como a doença arterial coronariana, estão associadas com sintomas depressivos que em última análise pode resultar na piora da função sexual, seja através de depressão ou por uso de drogas antidepressivas⁽⁷⁾.

Disfunções sexuais femininas são subdiagnosticadas e subtratadas, há uma limitação e uma má compreensão por parte dos profissionais devido à natureza multifatorial da disfunção sexual⁽¹⁷⁾.

Os resultados de uma pesquisa no campo da atitude dos enfermeiros em relação à educação sexual para pacientes com infarto do miocárdio e seus cônjuges, mostrou que 82% dos enfermeiros não mostram nenhuma atenção a este assunto e 92% não têm conhecimento sobre o assunto⁽¹⁸⁾.

Esses dados corroboram os nossos, visto que quando questionados se em algum momento foram orientados sobre atividade sexual, apenas 18% dos homens e 5,9% das mulheres, responderam que sim.

No entanto, os homens são notoriamente resistentes quando se trata de buscar ajuda para problemas sexuais, e isso foi destacado em um estudo que investiga a relação entre disfunção erétil e doença cardiovascular em 372 pacientes em todo o Reino Unido⁽¹⁴⁾. Dessa forma, constata-se na literatura, que os pacientes que sofreram IAM tem perguntas frequentemente não respondidas sobre atividades sexuais após o tratamento, entre eles estão questões sobre mudanças fisiológicas sexuais, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial⁽¹⁸⁾.

Já outro estudo realizado com mulheres mostra que a conscientização e aceitação da sexualidade estão aumentando entre a população feminina⁽¹⁷⁾.

No entanto, atividade sexual satisfatória requer um adequado desempenho sexual tanto em homens quanto em mulheres. Vida sexual é considerada como um aspecto essencial da qualidade de vida⁽⁷⁾. Estes pacientes muitas vezes temem desencadear um infarto agudo do miocárdio durante a relação sexual e, por consequência, evitam ter relações sexuais. Por outro lado, distúrbios vasculares podem ser responsáveis por desencadear a disfunção sexual⁽¹⁹⁾.

Dentre as atividades habituais dos seres humanos a atividade sexual é uma necessidade básica, a qual tem dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Sendo assim, os profissionais da saúde estão cientes de que a maioria dos pacientes com doença arterial coronariana, especialmente aqueles que sofreram IAM, em algum momento irão retomar sua vida sexual e concomitantemente a isso preocupações quanto ao retorno a sua condição anterior irão surgir⁽¹⁸⁾.

Dentre as limitações deste estudo, destacam-se questões do questionário IIFE, referente à satisfação do paciente com seu relacionamento sexual com sua parceira, visto que muitos deles não tinham parceiras fixas. Referente ao questionário FSFI, na

questão referente à satisfação das pacientes no seu relacionamento sexual com o parceiro, muitas não souberam responder, pois não tinham mais parceiros há anos.

Ainda, os dados aqui apresentados fazem parte de uma amostra parcial, assim muitas associações descritas na literatura, não puderam ser analisadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados do estudo mostram uma alta prevalência de disfunção erétil e sexual na amostra. Ainda que o maior número de comorbidades e avanço da idade estão associados à disfunção grave em homens.

Uma diminuição da função sexual é identificada entre homens e mulheres com doença arterial coronariana.

Sendo assim, acredita-se que independente do gênero, não seja cabível ter que aceitar que as dificuldades sexuais são apenas o resultado natural de anos de casamento, ou por efeitos colaterais das medicações e principalmente do envelhecimento. Espera-se que tanto homens como mulheres tenham direito a um diagnóstico, sendo esse o primeiro passo para chegar a um plano de tratamento adequado. É de extrema importância que uma equipe multiprofissional atenda os pacientes com cardiopatia isquêmica de forma qualificada visando à melhoria da disfunção sexual, oportunizando a estes pacientes uma melhor qualidade de vida. Ainda a investigação da função sexual, torna-se importante, uma vez que pode ser preditor de doenças cardíacas, sendo uma alerta para as equipes de saúde.

REFERÊNCIAS DO ARTIGO

1. Stein R, Hohmann CB. Atividade Sexual e Coração. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2006;86(1):61-67.
2. Assari S, Lankarani MM, Ahmadi K, Saleh DK. Association between Sexual Function and Marital Relationship in Patients with Ischemic Heart Disease. *J Teh Univ Heart Ctr*. 2014;9(3):124-131.
3. Gonzáles AI, Sties SW, Wittkopf PG, Mara LS, Ulbrich AZ, Cardoso FL, et al. Validação do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) para uso no Brasil / Validation of the International Index of Erectile Function (IIFE) for use in Brazil. *Arquivo Brasileiro Cardiologia*. 2013;101(2):176-182.
4. Moreira ED, JR. , Abdo CHN, Wroclawski E, Fittipaldi JAS. Epidemiologia da disfunção erétil no brasil: resultados da pesquisa nacional do "projeto avaliar". *Revista Brasileira de Medicina*. 2004;61:613-625.
5. Teixeira AS, Pereira BJ. Disfunção Erétil como Marcador Precoce de Doença Cardiovascular. *Revista Factores de Risco*. 2012;25:08-11.
6. Schwartz BG, Kloner RA. Erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Circulation*. 2011;123:98-101.
7. Schwarz ER. Sexual function in women with heart disease and coronary artery Disease *International Journal of Impotence Research*. 2007;19:341–342.
8. Pauleta J, Graça LM. Tratamento farmacológico das disfunções sexuais femininas: uma revisão sumária. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2011;5(4):170-179.
9. Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues OMJR., Souza C. Adaptação Transcultural do Female Sexual Function Index. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(2):416-426.
10. Walker CN, Meller SM, Stilp E, Mena-Hurtado C. Erectile Dysfunction and Cardiovascular Disease: a review. *J Androl Gynaecol*. 2013;1(2):10.
11. Moreira ED, JR., Abdo CHN, Torres EB, Lôbo CFL, Fittipaldi JAS. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the brazilian study of sexual behavior. *Urology*. 2001;58(4):583-588.
12. Vlachopoulos C, Jackson G, Stefanadis C, Montorsi P. Erectile dysfunction in the cardiovascular patient. *European Heart Journal*. 2013;34:2034–2046.
13. Gandaglia G, Briganti A, Jackson G, Kloner RA, Montorsi F, Montorsi P, et al. A Systematic Review of the Association Between Erectile Dysfunction and Cardiovascular Disease. *European Urology*. 2014;65(5):968-978.

14. Kirby M, Jackson G. Erectile dysfunction as a predictor of coronary artery disease. *Trends Urol Mens Health*. 2011;2(4):19–23.
15. Canat L, Cicek G, Atis G, Gurbuz C, Caskurlu T. Is there a relationship between severity of coronary artery disease and severity of erectile dysfunction? *Int Braz J Urol*. 2013;39(4):465-473.
16. Javaroni V, Oigman W, Neves MF. Hipertensao arterial e disfunção erétil. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2011;10(3).
17. Latif EZ, Diamond, MP. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertility and Sterility*®. 2013;100(4):898-903.
18. Purabuli B, Azizzade FM, Mohammad AS. Knowledge and attitude of nurses towards sexual activity and training patients with myocardial infarction and their spouses. *Iranian Journal of Critical Care Nursing Winter*. 2010;2(4):145-148.
19. Assari S, Ahmadi K, Saleh DK. Gender Differences in the Association between Lipid Profile and Sexual Function among Patients with Coronary Artery Disease. *Int. Cardiovasc Res J*. 2014;8(1):9-14.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A.A.; BRITO, A.M.; FERREIRA, M.N.L.; PETRIBÚ, K. *et al.* Modificações na qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.36, n.1, p.42-48, 2009.
- ASSARI, S.; AHMADI, K.; SALEH, D.K. Gender Differences in the Association between Lipid Profile and Sexual Function among Patients with Coronary Artery Disease. **Int. Cardiovasc Res J.**, v. 8, n.1, p.9-14, 2014a.
- ASSARI, S.; MOGHANI, L.M.; AHMADI, K.; SALEH, D.K. Association between Sexual Function and Marital Relationship in Patients with Ischemic Heart Disease. **J Teh Univ Heart Ctr.**, v.9, n. 3, p.124-131, 2014b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**. Morbidade e mortalidade no Brasil por doenças cardiovasculares, 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 19 de Jun, 2014.
- CAMACHO, R.C.; MELICIO, L.A.D.; SOARES, A.M.V.C. Aterosclerose, uma resposta inflamatória. **Arq.Ciênc. Saúde**, v.14, n.1, p. 41-48, jan-mar 2007.
- CHEN, X.; ZHANG, Q. & TAN, X. Cardiovascular effects of sexual activity. **Indian J Med Res.**, v.130, p.681-688, dez 2009.
- EIBEL, B.; *et al.* Terapia gênica para cardiopatia isquêmica: revisão de ensaios clínicos. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, v.26, n.4, p.635-46, 2011.
- FERNANDES, C.E; *et al.* I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres climatéricas e a Influência da Terapia de reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 91, n.1 supl.1, p.1-23, 2008.
- GONZÁLES, T.; *et al.* Validação do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) para uso no Brasil / Validation of the International Index of Erectile Function (IIFE) for use in Brazil. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 101, n. 2, p. 176-182, ago 2013.
- HULLEY, S.B., *et al.* Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Tradução: Michael Schmidt Duncan. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- LUNELLI, R.P.; *et al.* Atividade Sexual Pós-Infarto: Tabu ou Desinformação? **Arq. Bras Cardiol.**, v.90, n.3, p.172-176, 2008.
- NASCIMENTO, E.R. *et al.* Sexual dysfunction and cardiovascular diseases: a systematic review of prevalence. **Clinics**, v.68, n.11, p. 1462-1468, Nov., 2013.
- PACAGNELLA, R.C., *et al.* Adaptação Transcultural do Female Sexual Function Index. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 416-426, fev 2008.

RUZIC, A., *et al.* Erectile Dysfunction after Myocardial Infarction – Myth or a real problem?. **Coll. Antropol.** v. 31, n. 1, p. 185-188, 2007.

SCHWARTZ, B.G.; KLONER, R.A. Erectile dysfunction and cardiovascular disease. **Circulation**, v.123, p. 98-101, 2011.

SCHWARZ, E.R. Sexual function in women with heart disease and coronary artery disease. **International Journal of Impotence Research**, v. 19, n.4, p. 341-342, 2007.

SOUZA, C.A.; *et al.* Atividade sexual após infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.40, n.2, p.30-33, 2011.

STEIN, R.; HOHMANN, C.B. Atividade Sexual e Coração. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.86, n.1, p.61-67, 2006.

TEIXEIRA, A.S; PEREIRA, B.J. Disfunção Erétil como Marcador Precoce de Doença Cardiovascular. **Revista Factores de Risco**, n.25, abr-jun, p.08-11, 2012.

YILDIZ, H.; PINAR R. Sexual Dysfunction in patients with Myocardial Infarction (abstract). **Anadolu Kardiyol Derg**, v. 4, p. 309-317, 2004.

APÊNDICE A – FICHA CLÍNICA

FICHA CLÍNICA

Identificação participante nº:		
Data de Nascimento / Idade:	Sexo:	
Atividade Profissional: Renda?	Filhos? Quantos?	
Cor:	Anos de Estudo:	
Início da Atividade Sexual		
Solteiro () Casado\companheiro () Divorciado () Viúvo() Se casado, tempo de relacionamento:		
Nº de parceiros(as)/ano:		
Medicações em uso		
IECA/ARA2 () Qual:	Vasodilatador () Qual:	
Beta-Bloqueador () Qual:	Bloqueadores do CC () Qual:	
Antiagregante Plaquetário () Qual:	Insulina ()	
Diurético () Qual:	Hipoglicemiante Oral () Qual:	
Anticoagulante () Qual:	Outros () Quais:	
Estatina () Qual:		
História Progressiva (Comorbidades)		
() SCA/ Qual: _____	() Angina estável	() Obesidade
() ICC FE:	() DM, Tipo:	
() Doença vascular periférica	() IRC	() Depressão
() AIT / AVC		
() Dislipidemia		() Etilismo
() Doença Pulmonar Crônica	() Neoplasia. Qual?	() Tabagismo
() HAS	() CRM: Quantos:	() Ex-tabagismo >6 meses
() SIDA	() ACTP: Quantos:	
Outros (especifique):		
DAC		
Ano de diagnóstico da DAC:		
O senhor(a) já foi questionado/orientado sobre atividade sexual por algum profissional de saúde? Qual?		

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Prevalência de disfunção erétil em homens e de disfunção sexual em mulheres com cardiopatia isquêmica

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem por objetivo identificar a prevalência de disfunção erétil em homens e de disfunção sexual em mulheres com cardiopatia isquêmica.

Esta pesquisa tem um caráter científico, o senhor (a) responderá um questionário com questões de múltipla escolha, o qual será aplicado pela pesquisadora, com duração média de 20 a 30 minutos. Todas as informações serão confidenciais, apenas a pesquisadora terá acesso. Em nenhum momento seu nome ou qualquer informação sobre a sua saúde será fornecido para qualquer outra pessoa que não seja a pesquisadora. As informações serão utilizadas somente para fins dos objetivos desta pesquisa.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais de nenhuma ordem e os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de saúde.

Será realizada apenas entrevista, portanto não oferece riscos à sua dignidade ou saúde.

O (A) Senhor(a) tem direito de recusar-se a participar deste estudo e sua decisão não influenciará em nada no seu atendimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ainda poderá retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuidade do seu cuidado e tratamento.

Agradeço a sua participação e coloco-me à disposição para esclarecimentos adicionais. A pesquisadora responsável por esta pesquisa é a Profa. Dra. Karina Azzolin do Departamento Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem da UFRGS. Caso queira entrar em contato, poderá fazê-lo diretamente com a profa. Karina Azzolin pelo fone (51)3308-5345. Maiores informações pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (51) 3359.7640.

Tendo em vista os itens acima apresentados, o (a)senhor(a), de forma livre e esclarecida, autorizará sua participação nesta pesquisa, mediante assinatura abaixo, sendo que uma cópia do termo ficará com o senhor (a) e a outro com os pesquisadores.

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Local e Data

Assinatura Coordenador da Pesquisa

ANEXO I - ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉTIL - IIFE¹

Avaliador:Data:

Estas questões referem-se ao efeito que os seus problemas de ereção têm acarretado na sua vida sexual nas últimas quatro semanas. Por favor responda estas questões, o mais honestamente e claramente possível.

Por favor, responda a cada questão marcando com um X o quadradinho correspondente. Se você não tem certeza de como responder, por favor, dê a melhor resposta que você puder.

Ao responder estas questões observe as seguintes definições:

* Relação sexual

É definida como penetração (entrada) na vagina da parceira.

** Atividade sexual

Inclui relação sexual, carícias, brincadeiras amorosas e masturbação.

*** Ejaculação

É definida como a ejeção de sêmen pelo pênis (ou a sensação desta ejeção).

**** Estimulação sexual

Inclui situações como brincadeiras amorosas com uma parceira, olhar fotos eróticas etc.

1. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você foi capaz de ter uma ereção durante uma relação sexual**?

Por favor, marque com um X somente uma alternativa.

0. Sem atividade sexual

5. Quase sempre ou sempre

4. A maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)

3. Algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)

2. Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)

1. Quase nunca ou nunca

2. Nas últimas quatro semanas, quando você teve ereções sexuais com estimulação****, com que frequência foram suas ereções, duras o suficiente para penetração?

Por favor, marque com um X somente uma alternativa.

0. Sem estimulação sexual

5. Quase sempre ou sempre

4. A maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)

3. Algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)

2. Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)

1. Quase nunca ou nunca

As próximas três questões irão perguntar sobre as ereções que você pode ter tido durante a relação sexual*.

3. Nas últimas quatro semanas, quando você tentou ter relação sexual* com que frequência foi capaz de penetrar (entrar) na sua parceira?

Por favor, marque com um X somente uma alternativa.

0. Não tentei ter relação sexual

5. Quase sempre ou sempre

¹GONZÁLES, T.; *et al.* Validação do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) para uso no Brasil / Validation of the International Index of Erectile Function (IIFE) for use in Brazil. Arquivo Brasileiro Cardiologia, v. 101, n. 2, p. 176-182, ago 2013.

4. A maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
3. Algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)
2. Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
1. Quase nunca ou nunca

4. Nas últimas quatro semanas, durante uma relação sexual* com que frequência você foi capaz de manter sua ereção após ter penetrado (entrado) na sua parceira?

Por favor, marque com um X somente uma alternativa.

0. Não tentei ter relação sexual
5. Quase sempre ou sempre
4. A maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
3. Algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)
2. Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
1. Quase nunca ou nunca

5. Nas últimas quatro semanas, durante uma relação sexual*, o quanto foi difícil para você manter sua ereção até o fim da relação?

Por favor, marque com um X somente uma alternativa.

0. Não tentei ter relação sexual
1. Extremamente difícil
2. Muito difícil
3. Difícil
4. Pouco difícil
5. Não difícil

6. Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você tentou ter relação sexual*?

Por favor, marque com um X somente uma alternativa.

0. Não tentou
1. 1-2 tentativas
2. 3-4 tentativas
3. 5-6 tentativas
4. 7-10 tentativas
5. 11 ou mais tentativas

7. Nas últimas quatro semanas, quando você tentou ter relação sexual* com que frequência ela foi satisfatória para você?

Por favor, marque com um X somente uma alternativa.

0. Não tentei ter relação sexual
5. Quase sempre ou sempre
4. A maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
3. Algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)
2. Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
1. Quase nunca ou nunca

8. Nas últimas quatro semanas, o quanto você aproveitou a relação sexual*?

Por favor, marque com um X somente uma alternativa.

0. Não teve relação sexual
5. Aproveitou extremamente
4. Aproveitou muito
3. Aproveitou um tanto

2. Aproveitou muito pouco
1. Não aproveitou

9. Nas últimas quatro semanas, quando você teve estimulação sexual**** ou relação sexual com qual frequência você teve uma ejaculação***?

Por favor, marque com um X somente uma alternativa.

0. Não teve estimulação sexual ou relação sexual
5. Quase sempre ou sempre
4. A maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
3. Algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)
2. Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
1. Quase nunca ou nunca

10. Nas últimas quatro semanas, quando você teve estimulação sexual**** ou relação sexual com que frequência você teve a sensação de orgasmo com ou sem ejaculação***?

Por favor, marque com um X somente uma alternativa.

0. Não teve estimulação sexual ou relação sexual
5. Quase sempre ou sempre
4. A maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
3. Algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)
2. Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
1. Quase nunca ou nunca

As próximas duas questões se referem ao desejo sexual. Vamos definir desejo sexual como uma sensação que pode incluir querer ter uma experiência sexual (por exemplo, masturbação ou relação), pensamento sobre sexo ou sentimento de frustração devido à falta de sexo.

11. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você tem sentido desejo sexual?

Por favor, marque com um X somente uma alternativa.

5. Quase sempre ou sempre
4. Frequentemente (muito mais que a metade do tempo)
3. Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
2. Poucas vezes (muito menos que a metade do tempo)
1. Quase nunca ou nunca

12. Nas últimas quatro semanas, o quanto você consideraria o seu nível de desejo sexual?

Por favor, marque com um X somente uma alternativa.

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

13. Nas últimas quatro semanas, de modo geral, o quão satisfeito você tem estado com sua vida sexual?

Por favor, marque com um X somente uma alternativa.

5. Muito satisfeito

4. Moderadamente satisfeito
3. Igualmente satisfeito e insatisfeito
2. Moderadamente insatisfeito
1. Muito insatisfeito

14. Nas últimas quatro semanas, de modo geral, o quão satisfeito você tem estado com o seu relacionamento sexual com a sua parceira?

Por favor, marque com um X somente uma alternativa.

5. Muito satisfeito
4. Moderadamente satisfeito
3. Igualmente satisfeito e insatisfeito
2. Moderadamente insatisfeito
1. Muito insatisfeito

15. Nas últimas quatro semanas, como você consideraria a sua confiança em conseguir ter e manter uma ereção?

Por favor, marque com um X somente uma alternativa.

5. Muito alta
4. Alta
3. Moderada
2. Baixa
1. Muito baixa

ANEXO II - ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA - FSFI²

Avaliador:Data:

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

5 - Quase sempre ou sempre

4 - A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 - Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 - Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 - Quase nunca ou nunca

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

5 - Muito alto

4 - Alto

3 - Moderado

2 - Baixo

1 - Muito baixo ou absolutamente nenhum

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

0 - Sem atividade sexual

5 - Quase sempre ou sempre

4 - A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 - Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 - Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 - Quase nunca ou nunca

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

0 - Sem atividade sexual

5 - Muito alto

4 - Alto

3 - Moderado

2 - Baixo

1 - Muito baixo ou absolutamente nenhum

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

0 - Sem atividade sexual

5 - Segurança muito alta

4 - Segurança alta

3 - Segurança moderada

2 - Segurança baixa

1 - Segurança muito baixa ou Sem segurança

²PACAGNELLA, R.C.; VIEIRA, E.M.; RODRIGUES JR, O.M.; SAUZA, C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.416-426, 2008.

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

0 - Sem atividade sexual

5 - Quase sempre ou sempre

4 - A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 - Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 - Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 - Quase nunca ou nunca

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

0 - Sem atividade sexual

5 - Quase sempre ou sempre

4 - A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 - Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 - Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 - Quase nunca ou nunca

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

0 - Sem atividade sexual

1 - Extremamente difícil ou impossível

2 - Muito difícil

3 - Difícil

4 - Ligeiramente difícil

5 - Nada difícil

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

0 - Sem atividade sexual

5 - Quase sempre ou sempre

4 - A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 - Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 - Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 - Quase nunca ou nunca

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

0 - Sem atividade sexual

5 - Quase sempre ou sempre

4 - A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 - Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 - Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 - Quase nunca ou nunca

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

0 - Sem atividade sexual

5 - Quase sempre ou sempre

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

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

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

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

- 0 - Sem atividade sexual
- 5 - Muito satisfeita
- 4 - Moderadamente satisfeita
- 3 - Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 - Moderadamente insatisfeita
- 1 - Muito insatisfeita

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

- 0 - Sem atividade sexual
- 5 - Muito satisfeita
- 4 - Moderadamente satisfeita
- 3 - Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 - Moderadamente insatisfeita
- 1 - Muito insatisfeita

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

- 5 - Muito satisfeita
- 4 - Moderadamente satisfeita
- 3 - Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 - Moderadamente insatisfeita
- 1 - Muito insatisfeita

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

- 5 - Muito satisfeita
- 4 - Moderadamente satisfeita
- 3 - Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 - Moderadamente insatisfeita
- 1 - Muito insatisfeita

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

- 0 - Não tentei ter relação
- 1 - Quase sempre ou sempre
- 2 - A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 - Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 4 - Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 5 - Quase nunca ou nunca

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

- 0 - Não tentei ter relação
- 1 - Quase sempre ou sempre
- 2 - A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 - Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 4 - Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 5 - Quase nunca ou nunca

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

- 0 - Não tentei ter relação
- 1 - Muito alto
- 2 - Alto
- 3 - Moderado
- 4 - Baixo
- 5 - Muito baixo ou absolutamente nenhum

ANEXO III – CARTA DE APROVAÇÃO CEP-HCPA



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 110271

Data da Versão do Projeto: 22/06/2011

Data da Versão do TCLE: 22/06/2011

Pesquisadores:

DANIEL LUFT MACHADO

KARINA AZZOLIN

ENEIDA REJANE RABELO DA SILVA

Título: PREVALÊNCIA E RISCO DE DISFUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTES DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 11 de julho de 2011.

Profª Nadine Clausell

Coordenadora CEP - HCPA

ANEXO IV - NORMAS EDITORIAIS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTAGAÚCHA DE ENFERMAGEM

DIRETRIZES PARA AUTORES INFORMAÇÕES GERAIS

Os artigos para publicação devem ser enviados exclusivamente à Revista Gaúcha de Enfermagem, sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original.

Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, espanhol ou inglês. Na Revista podem ser publicados artigos escritos por outros especialistas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem.

A submissão dos artigos é online no site: <http://www.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem>.

O nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail e resumo da biografia (afiliação completa e credenciais) devem ser informados apenas nos metadados.

Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho não deverão ser mencionados no momento da submissão. Quando do aceite do trabalho, os autores serão orientados sobre a forma de proceder para realizar a sua inserção.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Comissão de Editoração. A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, ao direito de decidir quanto a alterações e correções.

Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão enviar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista (disponível em: “Sobre” > “Políticas” > “Modelo de Declaração de Responsabilidade”), e seguir as orientações de envio da Revista.

Para submeter manuscritos não é preciso ser assinante. Se o manuscrito for aprovado e designado para publicação os autores terão que arcar com a taxa de tradução (inglês) e efetuar a assinatura da Revista.

Os manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos deverão indicar os procedimentos adotados para atender o constante da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e indicar o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa.

A Revista apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros e outros que possam influenciar seu trabalho.

Os artigos enviados serão primeiramente analisados pela Comissão de Editoração em relação à adequação à linha editorial e às normas da revista. A decisão desta análise será comunicada aos autores. Posteriormente a avaliação do artigo é realizada por pares de consultores, membros do Conselho Editorial ou Ad-Hoc,

convidados pela Comissão de Editoração. A identidade do autor e da instituição de origem é mantida sob sigilo, bem como entre o autor e o consultor. Os pareceres são apreciados pela Comissão de Editoração que emite o parecer final, ou no caso de divergência entre os pareceres, solicita um terceiro parecer.

O artigo encaminhado aos autores para reformulação deverá retornar ao Conselho Editorial no prazo máximo de 30 dias. Fora desse prazo será considerada nova submissão. Os autores deverão manter seus e-mails atualizados para receber todas as comunicações.

O autor, identificando a necessidade de solicitar uma errata, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível distribuição.

A Revista publica artigos nas seguintes seções:

Editorial: de responsabilidade do Conselho Diretor da Revista, que poderá convidar autoridades para redigi-lo;

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Deve obedecer a seguinte estrutura: Introdução deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente e relevante) e objetivos coerentes com a proposta de estudo. Os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os resultados devem ser descritos em seqüência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes e comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de 4.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 20 referências no máximo);

Artigos de revisão sistemática e revisão integrativa da literatura: compreende avaliação da literatura sobre determinado assunto. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e conclusões. Devem obedecer ao limite de 5.000 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências).

Artigos de reflexão: formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Devem obedecer ao limite de 2.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 15 referências no máximo);

Relatos de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Devem obedecer ao limite de 2.000 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 15 referências no máximo);

Comunicações breves: estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a enfermagem. A apresentação pode acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais. Devem obedecer ao limite de 1.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 10 referências no máximo);

Resenhas: análise crítica de obras recentemente publicadas (últimos 12 meses). Não devem exceder a 500 palavras no total da análise;

Cartas ao editor: poderão ser enviadas contendo comentários e reflexões a respeito de material publicado. Serão publicadas a critério da Comissão Editorial. Não devem exceder a 300 palavras no total.

APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

Os trabalhos devem ser redigidos de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>). Devem ser encaminhados em Word for Windows, fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo, com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração.

O título do artigo e resumo em maiúsculas e negrito; resumen e abstract em maiúsculas, negrito e itálico; seção primária em maiúsculas e negrito; e seção secundária em minúsculas e negrito. Ex.: TÍTULO; RESUMO; RESUMEN; ABSTRACT; INTRODUÇÃO (seção primária); Histórico (seção secundária). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto.

Os manuscritos devem conter:

Título (inédito) que identifique o conteúdo, em até 15 palavras;

Resumo conciso, em até 150 palavras, elaborado em parágrafo único, acompanhado de sua versão para o Espanhol (Resumen) e para o Inglês (Abstract), devem ser apresentados começando pelo mesmo idioma do trabalho. Os artigos originais devem apresentar um resumo contendo: objetivos, método, resultados, discussão e conclusões. Os demais artigos devem apresentar nos seus resumos: introdução, objetivos, resultados e considerações finais.

Descritores: de 3 a 6 que permitam identificar o assunto do trabalho, em Português (Descritores), Espanhol (Descriptor), e Inglês (Descriptors), conforme os “Descritores em Ciências da Saúde” (<http://decs.bvs.br>), que apresenta os descritores nos três idiomas, podendo a Revista modificá-los se necessário;

Título em outros idiomas: apresentá-lo nas versões que completem os três idiomas que a Revista adota: Português (Título), Espanhol (Título), e Inglês (Title). As versões do título devem ser apresentadas logo após os descritores do seu respectivo idioma;

Citações: utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem mencionar o nome dos autores. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por hífen, quando intercaladas devem ser separadas por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta), devem ser utilizadas aspas na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso.

Exemplos:

Pesquisas apontam que...(1-4)

Alguns autores acreditam que...(1,4,5)

“[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu”(7)

Referências: devem ser atualizadas e preferencialmente de periódicos. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utilizando lista numerada no final do trabalho, deve ser composta por todas as obras citadas no texto, na ordem de ocorrência, conforme a norma de Vancouver, não gerando mais de um número para a mesma obra. Indicar prenomes dos autores abreviados. Deve ser incluída, no mínimo, uma referência da Revista Gaúcha de Enfermagem.

Os trabalhos poderão ainda conter:

Depoimentos: são frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa. Não utilizar aspas e seguir a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses codificada a critério do autor, e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo

uso das reticências entrecolchetes “[...]” e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Ilustrações: poderão ser incluídas até quatro (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir:

- gráficos e quadros devem ser numerados consecutivamente com algarismos arábicos. Apresentar o título (que identifique o assunto) logo abaixo dos mesmos e conter localização geográfica, fonte e período/data de abrangência dos dados;

- tabelas devem ser utilizadas quando o dado numérico se destaca como informação central. Devem ser numeradas consecutivamente, inclusive as de anexo, quando houver, com algarismos arábicos, encabeçadas por seu título (que deverá identificar o assunto), e contendo localização geográfica e período/data de abrangência dos dados. As tabelas devem conter todos os dados que permitam sua compreensão, com explicações sobre símbolos e abreviaturas. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. A fonte dos dados deve ser mencionada logo abaixo da tabela;

- demais ilustrações tais como fotografias, desenhos, etc., devem ser escaneadas com resolução igual ou acima de 300 dpi, enviadas como figura, citadas como figura, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, e com o título abaixo da mesma. As ilustrações devem permitir uma perfeita reprodução, obedecendo a normas de desenho para fins de enquadramento nas colunas da Revista;

- Símbolos, abreviaturas e siglas: devem ser explicitados na primeira vez em que forem mencionados. Usar somente abreviaturas padronizadas. Não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informado no resumo;

Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras.

Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e anexos (apenas incluídos, sem intervenção dos autores).

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigos de periódicos

- Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>). Para os periódicos que não se encontram nessa listagem, poderá ser utilizado como referência o Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas do IBICT (<http://ccn.ibict.br>).

Até 6 autores, indicar todos; 7 autores ou mais, indicar os 6 primeiros e acrescentar et al.

1. Artigo padrão

Araujo VE, Witt RR. O ensino de enfermagem como espaço para o desenvolvimento de tecnologias de educação em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(1):117-23.

Griffiths C, Kaur G, Gantley M, Feder G, Hillier S, Goddard J, et al. Influences on hospital admission for asthma in south Asian and white adults: qualitative interview study. *BMJ.* 2001;323(7319):962-6.

2. Instituição como autor

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension.* 2002;40(5):679-86.

3. Indivíduo e instituição como autores Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol.* 2003;169(6):2257-61.

4. Sem indicação de autoria

Signal-averaged electrocardiography. *J Am Coll Cardiol.* 1996;27(1):238-49.

5. Volume com suplemento

Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist*. 2007;12 Suppl 1:4-10.

6. Fascículo com suplemento

Dimeo FC. Effects of exercises on cancer-related fatigue. *Cancer*. 2001;92(6Suppl):1689-93.

7. Fascículo com número especial

Cunha MLC. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. *Rev Gaúcha Enferm*. 2000;21(n esp):70-83.

8. Indicação do tipo de artigo, se necessário

Silveira DT. As tecnologias da informação e comunicação e sua aplicação no campo de atuação da enfermagem [editorial]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007;28(4): 453-4.

Livros e outras monografias

9. Indivíduo como autor

Bonassa EM, Santana TR. *Enfermagem em terapêutica oncológica*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005.

10. Organizador, editor, compilador como autor

Guimarães JLM, Rosa DD, organizadores. *Rotinas em oncologia*. Porto Alegre: Artmed;2008.

11. Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília(DF); 1996.

12. Capítulo de livro

Pizzichini E, Pizzichini M. Concepções sobre asma brônquica. In: Silva LCC, organizador. *Condutas em pneumologia*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 263-5.

13. Livro com indicação de série Kleinman A. *Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

14. Trabalho apresentado em evento

Menezes GMS, Aquino EML. Trabalho noturno na enfermagem. In: *Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar-ação terapêutica da enfermagem*; 1998 set 20-25; Salvador, Brasil. Salvador: ABEn/BA; 1999. p. 309-21.

15. Dissertação e Tese

Schmith MD. *Acolhimento e vínculo no Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo*[dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

Outros trabalhos publicados

16. Artigo de Jornal

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. *The Washington Post*. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

17. Material audiovisual

Chason KW, Sallustio S. *Hospital preparedness for bioterrorism* [videocassette]. Secaucus: Network for Continuing Medical Education; 2002.

18. Documento jurídico

Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 1948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1996 jul 3;134(128) Seção 1:12277-9*.

19. Verbetes de dicionário

Ferreira ABH. Aurélio, século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. rev. ampl. Riode Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Colono; p. 504.

Material em fase de publicação

20. No prelo

Kirschbaum DIR. História da enfermagem psiquiátrica no Rio Grande do Sul: parte I. Ver Gaúcha Enferm. No prelo 2003. Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A. Forthcoming 2002.

Material eletrônico

- As expressões “Disponível em” e “citado”, em Espanhol são “Disponible en” e “citado”, e em Inglês, “Available from” e “cited”.

21. Artigo de periódico em formato eletrônico

Pedron CD, Bonilha ALL. Práticas de atendimento ao neonato na implantação de uma unidade neonatal em hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2008 [citado

2009 fev 15];29(4):612-8. Disponível em:

<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7633/4688>.

22. Monografia em formato eletrônico

Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. O diagnóstico do câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 1999 [citado 2008 maio 23]. Disponível em:

http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=31.

Stuchi RAG, Carvalho EC. Control de presión arterial e ingesta de sal: creencias deportadores de enfermedades coronarias. In: Anales del 9º Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería, 1º Coloquio Internacional de Investigación en Enfermería; 2000 mayo 29-jun 3; Habana, Cuba [CD-ROM]. Habana: Cubana; 2000. p. 60.