

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ANDRÉIA MARTINS SPECHT

**Prevalência de Disfunção Erétil em Homens e de Risco para Disfunção Sexual
em Mulheres Atendidos em Clínica de Insuficiência Cardíaca**

**Porto Alegre
2011**

ANDRÉIA MARTINS SPECHT

**Prevalência de Disfunção Erétil em Homens e de Risco para Disfunção Sexual
em Mulheres Atendidos em Clínica de Insuficiência Cardíaca**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para aquisição do título de Enfermeiro.

Orientador: Prof^a Dr^a Eneida Rejane Rabelo da Silva

Porto Alegre

2011

AGRADECIMENTOS

Dedico esse trabalho a duas pessoas fundamentais na minha vida, meu pai Vitor Hugo e minha mãe Idelma Rosane, que foram sempre meu porto seguro, meus grandes exemplos, críticos e incentivadores, além de patrocinadores de toda a minha trajetória. Agradeço a contribuição dada pelos meus irmãos, Débora e Éder, e por toda minha família, principalmente por compreenderem minhas constantes ausências.

Agradeço a Deus e a toda força que me instiga e que faz com que cada dia se torne uma nova aventura e um novo desafio. Agradeço a minha orientadora Prof^a. Dr^a. Eneida Rabelo pela confiança, pelas oportunidades e pelos ensinamentos; e a minha parceira de coleta de dados Dayanna Lemos.

Agradeço às grandes pessoas que admiro e que me acompanharam de perto nessa caminhada: Claire, Plínio e Guilherme Arpini; Elis Regina Martins; Thaís Alberigi; Ana Cogo; Elisabeth Thomé e Ana Schell.

Agradeço à oportunidade de poder realizar meu sonho de estudar em uma Universidade Federal. A Universidade Federal do Rio Grande do Sul, além de me proporcionar um ensino de graduação de qualidade, oportunizou que eu convivesse com algumas pessoas que carregarei para sempre comigo, minhas amigas: Agnes Ludwig, Cristina Bosquerolli, Dayanna Lemos, Luísa Martinato e Priscila Ledur.

Agradeço ao Hospital de Clínicas e a cada um dos pacientes com que tive contato pela oportunidade ímpar de aprendizado. Agradeço também a cada uma das enfermeiras que me orientaram nos estágios, em especial às enfermeiras Simone Rosales, Ísis Severo e Thaís Hochegger. Agradeço todos os conhecimentos advindos e às oportunidades a mim concedidas pelo Grupo de Insuficiência Cardíaca do Hospital de Clínicas, em especial às enfermeiras Graziella Aliti, Fernanda Bandeira e Letícia Orlandin pelo grande exemplo de dedicação e de competência.

*"Se um só ponto situado em um círculo
pode ser origem de infinitas linhas,
e se o limite das infinitas linhas que divergem
de tal ponto constitui infinitos pontos que,
somados, voltam a ser um,
concluiremos que a parte é
igual ao todo."
(Leonardo da Vinci)*

RESUMO

Introdução: Estudos têm evidenciado que os distúrbios sexuais acometem mais os pacientes com insuficiência cardíaca (IC) do que a população em geral, porém esses dados são pouco explorados no Brasil. **Objetivos:** Identificar a prevalência de disfunção erétil (DE) em homens e estimar o risco de disfunção sexual feminina (RDSF) em mulheres acompanhados em ambulatório especializado de IC. Avaliar a associação entre disfunção sexual e variáveis clínicas e sócio-demográficas. **Método:** Estudo transversal, que incluiu 255 pacientes de ambos os sexos, de uma amostra total de 381, com idade ≥ 18 anos, diagnóstico de IC com fração de ejeção $\leq 50\%$, em atendimento ambulatorial. Foram excluídos pacientes com registro de déficit cognitivo ou de sequelas neurológicas, com alta hospitalar nos últimos 30 dias. Para avaliar a disfunção sexual foram utilizados dois questionários validados e adaptados, o Índice Internacional de Função Erétil e o Índice de Função Sexual Feminina. **Resultados preliminares:** Foram incluídos 165 homens e 90 mulheres, com idade média de 61 ± 13 anos, 202 (79%) de cor branca. A média da fração de ejeção foi de $32,4\% \pm 9,6$ e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi prevalente nesta amostra 145 (57%). Em relação à disfunção sexual, 41,2% dos homens apresentaram grau moderado/grave de DE e 84,4% das mulheres apresentaram um maior grau de RDSF. Encontramos relação entre DE e idade e presença de HAS. O maior grau de RDSF nas mulheres apresentou relação estatisticamente significativa com idade e presença de diabetes mellitus. **Conclusões:** Os dados preliminares nos permitem inferir que a prevalência de disfunção sexual em pacientes com IC é maior quando comparado a dados da população em geral. Maiores especulações poderão ser realizadas ao completarmos a amostra.

Descritores: Insuficiência cardíaca. Disfunção sexual fisiológica. Enfermagem.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	OBJETIVOS.....	9
2.1	Objetivo geral.....	9
2.2	Objetivos específicos.....	9
3	MÉTODOS.....	10
3.1	Tipo de estudo.....	10
3.2	Campo.....	10
3.3	População.....	10
3.4	Cálculo da amostra.....	11
3.5	Coleta dos dados.....	11
3.6	Análise dos dados.....	13
3.7	Aspectos éticos.....	13
4	RESULTADOS PRELIMINARES.....	15
4.1	Características sócio-demográficas e clínicas.....	15
4.2	Disfunção erétil.....	16
4.3	Risco para disfunção sexual feminina.....	17
5	DISCUSSÃO.....	19
5.1	Limitações do estudo.....	21
6	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	22
	REFERÊNCIAS.....	23
	APÊNDICE A – Ficha clínica.....	26

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido..	27
ANEXO I – Índice Internacional de Função Erétil.....	29
ANEXO II – Índice de Função Sexual Feminina.....	33
ANEXO III – Carta de aprovação COMPESQ-EENF.....	37
ANEXO IV – Carta de aprovação CEP-HCPA.....	38

1 INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) pode ser entendida como uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, definida por disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento (BOCCHI *et al*, 2009).

A intolerância ao esforço é uma característica comum apresentada pelos pacientes com IC crônica. Mandras, Uber e Mehra (2007) afirmam que com a progressão da doença os pacientes experimentam um aumento na fadiga, na falta de ar, nas palpitações ou na angina, fatores esses que comprometem a qualidade de vida e a capacidade sexual. Além disso, outras comorbidades associadas à IC como tabagismo, obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), doença arterial coronariana, hiperlipidemia e depressão são complicadores da função sexual (WEBSTER *et al*, 2004).

A sexualidade é um aspecto fundamental para a qualidade de vida em homens e mulheres, podendo ser entendida como atividade complexa que envolve diferentes etapas – desejo, atração sexual e comportamento sexual. Araújo *et al* (2009) afirmam que do ponto de vista fisiológico, a função sexual masculina envolve a obtenção e a manutenção da ereção peniana, a emissão espermática, a ejaculação e o orgasmo. Contudo, no decorrer dos anos, os homens passam a ter menos ereções espontâneas e torna-se necessária uma estimulação maior para que se consiga ereção completa (STEIN; HOHMANN, 2006). Dessa forma pode-se definir a disfunção erétil masculina como a incapacidade de alcançar/manter uma ereção suficiente para uma *performance* sexual satisfatória (LUE, 2000).

Ao tentar-se compreender a resposta sexual feminina é importante diferenciá-la da masculina, pois à primeira soma-se o componente subjetivo, o que a torna de difícil caracterização (TIEFER; HALL; TAVRIS, 2002). Segundo Pacagnela *et al* (2008), para as mulheres se o estímulo é visto como positivo, a estimulação é desfrutada; se é visto potencialmente como negativo, culpa, vergonha, embaraço ou medo são disparados. Cabe, ainda, ressaltar que além da relação fisiológica, o comportamento sexual em ambos os sexos é direcionado pelas diferentes variáveis ambientais e sócio-culturais, impondo estigmas sobre o tema.

Em estudo sobre o perfil sexual da população brasileira, evidenciou-se que 46,2% dos homens têm disfunção erétil (DE), enquanto 29,3% das mulheres apresentam disfunção orgásmica (ABDO *et al*, 2002).

Stein e Hohmann (2006) apontam as razões principais de interferência das doenças cardiovasculares na atividade sexual, sendo estas: diagnóstico cardíaco e as implicações psicológicas - ansiedade, medo de morte, restrição na atividade física; e necessidade de uso de fármacos capazes de prejudicar o desempenho sexual. O fator psicológico, por insegurança ou medo, associado à diminuição da libido altera de forma significativa a atividade sexual. Além disso, praticamente todas as classes de fármacos implicadas no tratamento de doenças cardiovasculares podem causar alterações na atividade sexual, além de poderem ser a causa de parte dos distúrbios sexuais (STEIN; HOHMANN, 2006).

Ao relacionar atividade sexual e IC, 40% dos homens em classe funcional III da New York Heart Association (NYHA) referem ser incapazes de ter uma vida sexual ativa (TAYLOR, 1999). Segundo Schwarz *et al* (2008), dos pacientes com IC em acompanhamento ambulatorial - classe funcional de I, II ou III da NYHA - 84% dos homens têm DE e 87% das mulheres apresentam disfunção sexual feminina.

As evidências de que os distúrbios sexuais acometem mais os pacientes com IC do que a população em geral, a alta prevalência de DE e de risco para disfunção sexual feminina (RDSF) e principalmente por serem pouco exploradas no Brasil e desconhecida na população de pacientes com IC em atendimento ambulatorial no HCPA nos impulsionaram a desenhar este estudo. O objetivo do presente estudo é identificar a prevalência de disfunção erétil em homens e o risco de disfunção sexual em mulheres acompanhados em ambulatório especializado de IC. A partir dos resultados apresentados por este estudo a equipe assistencial poderá identificar as causas possíveis da disfunção e do risco para disfunção sexual, visando implementar estratégias de tratamento ou encaminhamentos, e assim melhorar a satisfação e por conseguinte a qualidade de vida dos pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar a prevalência de disfunção erétil em homens e o risco de disfunção sexual em mulheres acompanhados em ambulatório especializado de Insuficiência Cardíaca.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a disfunção erétil em homens a partir da aplicação do questionário *Índice Internacional de Função Erétil*;
- Identificar o risco de disfunção sexual em mulheres a partir da aplicação do questionário *Índice de Função Sexual Feminina*;
- Avaliar a associação entre disfunção sexual com variáveis como: idade, condição econômica, progressão da doença, medicações em uso, atividade física e comorbidades.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

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

3.2 Campo

O estudo foi desenvolvido nos ambulatórios de IC do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Nesses ambulatórios, os atendimentos ocorrem nas segundas-feiras das 8 às 12 horas na zona 18 e nas terças-feiras das 16 às 20 horas na zona 16.

3.3 População

Foram convidados, de forma consecutiva, a participar do estudo pacientes com IC em acompanhamento nos ambulatórios da especialidade das zonas 16 e 18 do HCPA.

Foram incluídos pacientes:

- Ambos os sexos
- Idade maior ou igual a 18 anos
- Diagnóstico de IC com fração de ejeção do ventrículo esquerdo $\leq 50\%$.
- Que concordaram em participar do estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram excluídos pacientes:

- Com registro de déficit cognitivo ou de sequelas neurológicas que prejudicasse o entendimento dos instrumentos. Todos os pacientes em acompanhamento no ambulatório de IC são avaliados previamente quanto ao estado cognitivo através do instrumento “Mini-Mental State”, já validado para a população brasileira, fornecendo informações sobre a orientação temporal, espacial, registro de palavras, atenção e cálculo, recordação de palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. Através dessa avaliação prévia, realizada pela equipe e documentada em prontuário médico-hospitalar, foi possível a identificação dos indivíduos com déficits cognitivos.
- Pacientes com alta hospitalar há menos de 30 dias.

3.4 Cálculo da amostra

A amostra foi calculada com o apoio do *software* WinPepi. Schwarz *et al* (2008) apontam 84% de prevalência de DE masculina e 87% de disfunção sexual feminina em pacientes com IC em acompanhamento ambulatorial. Contando-se com significância de 95% e assumindo-se margem de erro de 6 pontos para homens e margem de erro de 7 pontos para mulheres, a amostra parcial foi composta por 255 pacientes, sendo 165 homens e 90 mulheres. A amostra total do estudo está prevista em 381 pacientes, destes 207 homens e 174 mulheres.

3.5 Coleta dos dados

Foram utilizados dois questionários para aferição do desfecho – para os homens foi aplicado o Índice Internacional de Função Erétil - IIEF (FERRAZ; CICONELLI, 1998) (Anexo I), enquanto para mulheres foi adotado o Índice de Função Sexual Feminina - FSFI (PACAGNELLA *et al*, 2008) (Anexo II).

O IIEF é um questionário curto, autoaplicável, validado no Brasil. É composto por 15 questões fechadas de escolha simples, que estão divididas em cinco domínios de função sexual: função erétil (questões 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 de modo geral (questões 13 e 14). Cada questão tem um valor que varia de 0 a 5, com exceção das questões de 11 a 15, nas quais o escore varia de 1 a 5. Ao final é realizada a soma dos valores das respostas, chegando-se ao escore total. Os graus de DE são definidos como ausente (escore > 24), leve (escore de 21 a 24), moderado (16 a 20) e grave (< 15). Resultados baixos representam pobre qualidade da vida sexual.

O FSFI é um questionário validado no Brasil, autoaplicável que torna possível estimar um risco maior ou menor das mulheres apresentarem disfunção sexual. É composto por 19 questões fechadas, divididas em 6 domínios: desejo sexual (questões 1 e 2), excitação (questões de 3 a 6), lubrificação (questões de 7 a 10), orgasmo (questões de 11 a 13), satisfação (questões de 14 a 16) e dor (questões de 17 a 19). O valor das questões de 3 a 14 e de 17 a 19 variam de 0 a 5, enquanto o valor das demais variam de 1 a 5, todas de forma crescente em relação à presença do aspecto questionado, apenas nas questões de dor a pontuação se dá de forma inversa. O escore total, que pode variar de 2 a 36 pontos, é obtido a partir da soma das respostas das questões de cada domínio, após a multiplicação por um fator de correção que homogeneiza a influência de cada domínio no escore total. Para cada domínio existe um padrão de resposta, quanto mais próximo ao escore mínimo, pior a qualidade de vida sexual. Em 2005, Wiegel, Meston e Rosen propuseram uma pontuação total do FSFI de 26,55 como o escore de corte ideal para diferenciar mulheres com um risco maior ou menor para disfunção sexual feminina.

Apesar de ambos os questionários poderem ser auto-aplicados, dois pesquisadores vinculados ao Grupo de IC e que participam dos ambulatórios citados fizeram a aplicação. Isso se deve a característica da população em estudo, uma vez que cinquenta por cento dos pacientes tem até 4 anos de escolaridade e muitos poderiam apresentar dificuldades no entendimento das questões (apresentadas em outros estudos do grupo), o que poderia inviabilizar o estudo. Portanto, para todos os pacientes o questionário foi aplicado em forma de entrevista. O tempo dispendido para aplicação dos questionários foi de aproximadamente 20 minutos.

Antes da realização do estudo houve o treinamento dos pesquisadores para que se tivesse uma melhora na consistência das técnicas de aferição (HULLEY *et al*, 2008). O treinamento se deu em duas etapas, num primeiro momento foram apresentados os questionários e fornecidas instruções de abordagem e de preenchimento. Em seguida, cada avaliador aplicou os questionários em cinco pacientes. Após essa etapa os pesquisadores se reuniram para discutir sobre a aplicação do instrumento visando uniformizar a conduta de aplicação. A coleta se deu no primeiro semestre de 2011. Foram coletados dados clínicos e demográficos dos sujeitos participantes do estudo (Apêndice A). A investigação das comorbidades deu-se a partir do Índice de Charlson (FORTIN *et al*, 2005) acrescentando-se dislipidemia, fibrilação atrial e obesidade, devido à grande prevalência na população em estudo.

3.6 Análise dos dados

Os dados foram inseridos em um banco de dados no pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences versão 18.0 e analisados por meio de estatística descritiva. Para as variáveis contínuas foram utilizados média e desvio padrão ou mediana e percentis. As variáveis categóricas foram apresentadas com números absolutos e freqüências relativas. Para relacionar a presença de DE e de RDSF com variáveis clínicas ou sócio-demográficas foram utilizados os coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman conforme distribuição dos dados e Qui-Quadrado para associação entre os dados categóricos. Um valor $P < 0,05$ foi considerado significativo.

3.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi elaborado em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, Resolução número 196, de 1996. Foi obtido

termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) elaborado pela equipe de pesquisa, junto a cada paciente participante do estudo (Apêndice B). O TCLE foi apresentado em duas vias de igual teor, uma foi entregue ao paciente, enquanto a outra permanece com os pesquisadores. O projeto recebeu aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande de Sul (COMPESQ-EENF) (ANEXO III), sob o número TCC-33-2010, e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP-HCPA), sob o número 100500 (ANEXO IV). Todos os estudos utilizados foram citados e devidamente referenciados de acordo com as normas.

4 RESULTADOS PRELIMINARES

A seguir serão apresentados os resultados preliminares deste estudo.

4.1 Características sócio-demográficas e clínicas

Foram incluídos no estudo 255 pacientes a maioria do sexo masculino 165 (65%). A idade média foi de 61 ± 13 anos e 173 (69%) afirmaram ter companheiro (a). Quanto ao número de parceiros, a média foi de 1 parceiro ao ano. O tempo médio de estudo dos pacientes foi de 5 (3-8) anos e a renda declarada de 1,8 (1-3) salários mínimos. As comorbidades que se apresentaram com maior frequência foram: HAS, tabagismo, DM e infarto agudo do miocárdio prévio. A etiologia da IC apresentada com maior frequência foi isquêmica 72 (28%), e a fração de ejeção média foi $32,4\% \pm 9,6$. A maioria dos pacientes, 109 (43%) encontrava-se em classe funcional SAS II. Apenas 22 (9%) pacientes afirmaram já ter usado fármacos estimulantes sexuais e 101 (40%) afirmaram realizar atividade física regularmente. A Tabela a seguir ilustra esses resultados.

Tabela – Características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes com Insuficiência Cardíaca. Porto Alegre, 2011.

Características	Total n (%)	Homens n (%)	Mulheres n (%)
Pacientes	255 (100)	165 (65)	90 (35)
Idade, anos*	61 ± 13	$61,7 \pm 12,5$	60 ± 13
Cor, branca	202 (79)	131 (79)	71 (79)
Estado civil, com companheiro (a)	173 (69)	126 (78)	47 (53)
Tempo de estudo, anos†	5 (3-8)	5 (3-9)	5 (3-8)
Renda, em salários mínimos‡	1,8 (1-3)	2 (1-3)	1,3 (1-2)

Parceiro, ano†	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (0-1)
Uso de fármaco estimulante sexual	22 (9)	18 (11)	4 (4)
Comorbidades			
Hipertensão Arterial Sistêmica	145 (57)	93 (56)	52 (58)
Cardiopatía Isquêmica	76 (30)	56 (34)	20 (22)
Diabete Mellitus	85 (33)	54 (33)	31 (34)
Tabagismo	122 (48)	94 (57)	28 (31)
Etilismo	60 (23,5)	58 (35)	2 (2)
Fração de Ejeção, percentual*	32,4 ± 9,6	31,2 ± 9,3	34,6 ± 9,8
Atividade Física	101 (40)	67 (41)	34 (38)

Variáveis categóricas são expressas como n (%); as variáveis contínuas são expressas como *Médias ± desvio padrão ou †Mediana e percentis.

4.2 Disfunção erétil

Dos pacientes avaliados 68 (41,2%) apresentam grau moderado/grave de DE. A frequência do grau de DE é apresentada na Figura 1.

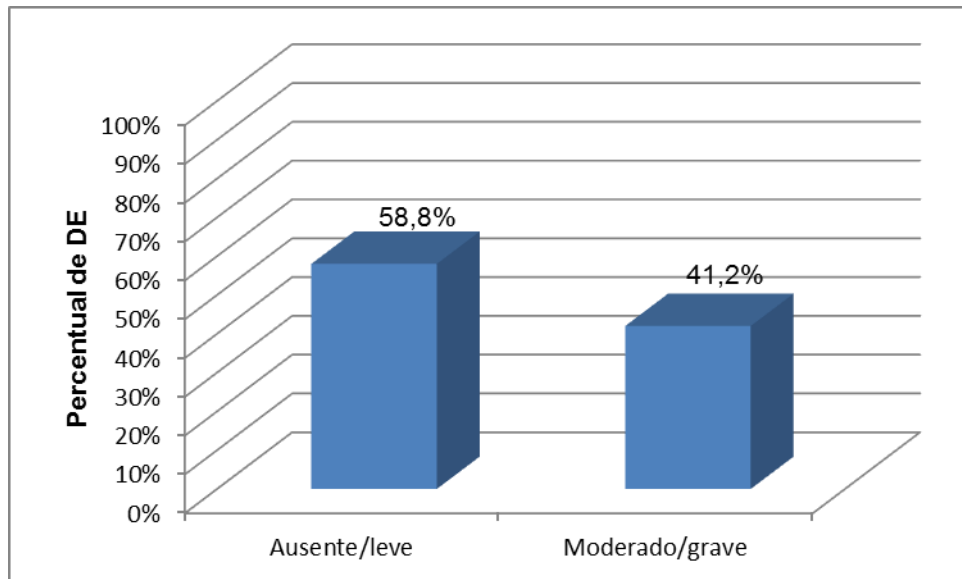


Figura 1 – Grau de Disfunção Erétil dos pacientes com Insuficiência Cardíaca em acompanhamento ambulatorial. Porto Alegre, 2011.

Idade e HAS tiveram relação estatisticamente significativa com a ocorrência de DE ($P < 0,001$ e $P = 0,002$, respectivamente). Não houve relação estatística significativa com outras variáveis sócio-demográficas e clínicas para DE.

4.3 Risco para disfunção sexual feminina

A maioria das pacientes apresenta maior grau de RDSF. A frequência do grau de RDSF é apresentada na Figura 2.

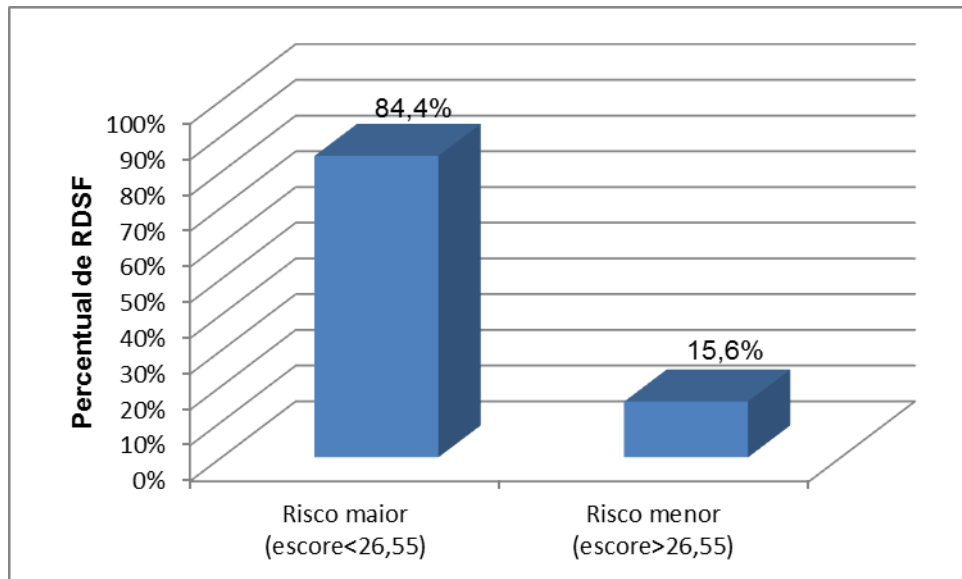


Figura 2 – Grau de Risco para Disfunção Sexual Feminina das pacientes com Insuficiência Cardíaca em acompanhamento ambulatorial. Porto Alegre, 2011.

Idade e DM apresentaram relação estatisticamente significativa com o maior grau de RDSF ($P = 0,011$ e $P = 0,019$, respectivamente). Não houve relação estatística significativa com as demais variáveis sócio-demográficas e clínicas para o RDSF.

5 DISCUSSÃO

Este estudo apresenta resultados preliminares da prevalência de DE em homens e do RDSF em mulheres acompanhados em ambulatório de IC, além da associação entre disfunção sexual com variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Os resultados apontam que em torno de 40% dos pacientes apresentam grau de DE moderado/grave. Demonstrou-se que quanto mais idade, além da presença de HAS maior o grau de DE. Para as mulheres, a maioria apresenta maior grau de RDSF. Ficou evidenciado que quanto mais idade, bem como a presença de DM, maior o grau de RDSF.

A DE é uma doença comumente subdiagnosticada, que não tem seu mecanismo fisiopatológico totalmente compreendido. Dados apresentados por um estudo que objetivou estimar a prevalência de DE em uma amostra da população brasileira indicam que 45,1% dos homens apresentam DE, sendo que em 31,2% a DE é mínima, em 12,2% a DE é moderada, enquanto em 1,7% a DE é completa (ABDO *et al*, 2006). Observou-se que a proporção de DE entre os pacientes com IC estável em acompanhamento ambulatorial mostrou-se semelhante à DE apresentada pela população da amostra brasileira do estudo anteriormente citado. No entanto, quando comparados os diferentes graus de DE observa-se que a população com IC apresenta maior prevalência de DE grave se comparada à população em geral.

Existem poucos dados sobre a disfunção sexual em pacientes com IC. No entanto, resultados de pesquisas anteriores em pacientes com doença cardíaca podem não se aplicar a pacientes com IC avançada devido às características próprias da doença como: redução da função cardíaca e sintomas de fadiga e de falta de ar aos esforços (JAARSMA, 2002).

Os resultados encontrados nesse estudo indicam um grau de DE menor quando comparados a um estudo americano que identificou 84% de DE em uma amostra de 76 homens com IC estável, em acompanhamento ambulatorial (SCHWARZ *et al*, 2008).

O presente estudo foi realizado com pacientes estáveis em nível ambulatorial, na maioria em classe funcional SAS II. Nesse contexto, a prevalência de DE grave ser acentuadamente maior do que na população em geral não parece poder ser

explicada apenas pela diminuição da capacidade cardíaca, uma vez que a fração de ejeção do ventrículo esquerdo média para os homens foi de 31,2%. Acredita-se que outros fatores não apresentem apenas influência na diminuição da capacidade cardíaca, mas que também interfiram diretamente na redução da função sexual. O processo de envelhecimento por si só determina mudanças físicas, psicológicas e sociais, incluindo doenças que podem diminuir ainda mais a atividade sexual.

Com o aumento na expectativa de vida, observa-se a correlação entre envelhecimento e surgimento/agravamento de doenças crônicas. Apesar dos avanços nos tratamentos aos idosos com vistas à melhoria da qualidade de vida, é conhecido que o envelhecimento traz consigo mudanças na *performance* quantitativa e qualitativa da atividade sexual (STEIN; HOHMANN, 2006).

Foi observada na população em estudo uma relação estatisticamente significativa entre mais idade e aumento da DE. Nicolisi *et al* (2003) afirmam que a cada ano adicional de vida há um risco aumentado em 10% para a DE. No estudo Massachusetts de Envelhecimento Masculino a prevalência de DE foi de 52% em homens de 40 a 70 anos, a variável idade foi apontada como a mais fortemente associada à impotência sexual e a doença cardíaca mostrou-se diretamente relacionada à DE (FELDMAN *et al*, 1994). Estudo com 73 pacientes com IC, com idade média de 70 anos, apontou que 80% dos homens com IC tiveram a função sexual e os relacionamentos afetados de alguma maneira (JAARSMA *et al*, 1996).

Observou-se relação entre a DE e a presença de HAS nesta amostra. Segundo Webster *et al* (2004), pacientes com IC, muitas vezes apresentam outras comorbidades associadas, como a HAS, que se tornam fatores predisponentes para as disfunções sexuais. As doenças cardiovasculares interferem na atividade sexual dos pacientes e na maioria das vezes atuam também como um complicador. Segundo Schwarz *et al* (2008), a HAS está associada com doenças cardiovasculares e com impotência masculina, no estudo que apontou prevalência de 84% de DE, 83% dos homens apresentavam HAS. Para Belardinelli *et al* (2005), uma hipótese é que a atividade sexual seja deprimida por uma disfunção endotelial, que por sua vez é influenciada pela HAS. A HAS pode prejudicar a função endotelial, assim há semelhança entre os fatores de risco para doença arterial e fatores de risco para a DE (KIRBY *et al*, 2001).

Ao compararmos os dados disponíveis sobre disfunção sexual feminina e masculina, poderemos constatar que existem muito menos dados sobre a primeira.

No entanto, há indicação de um possível mecanismo fisiopatológico comum a homens e mulheres, pois existem algumas evidências de que processos de doença e fatores de risco que estão associados com a DE masculina também estejam associados à disfunção sexual feminina (BERMAN, 2005).

No presente estudo encontrou-se um resultado de RDSF que vai ao encontro de outros estudos realizados anteriormente. Estudo recente que investigou a prevalência de disfunção sexual em 24 mulheres com IC compensada, apontou que 87% apresentam disfunção sexual feminina (SCHWARZ *et al*, 2008).

Em 2006, um estudo desenvolvido com 230 mulheres da Malásia, com faixa etária entre 18 a 70 anos, mostrou que 30% das participantes tinham disfunção sexual (SIDI *et al*, 2007). Hayes *et al* (2006), realizaram um estudo com mulheres saudáveis em que foi demonstrado que 64% tinham dificuldade de excitação e de desejo. Em 2006, um estudo desenvolvido com mulheres turcas apresentou como resultado que 48% das mulheres referem ter distúrbios relacionados ao desejo sexual (OKSUZ; MALHAN, 2006).

A partir dos dados apresentados anteriormente, pode-se afirmar que as pacientes com IC apresentam maior RDSF do que as mulheres em geral. Schwarz *et al* (2008) afirmam que a capacidade cardíaca reduzida e o mecanismo de regulação neuro-hormonal podem contribuir para esse resultado.

Estudos comprovam que o DM está associado à disfunção sexual em mulheres (FELDMAN *et al*, 1994). Encontrou-se relação estatisticamente significativa entre o maior RDSF e a presença de DM. Em estudo recente que incluiu 24 mulheres e encontrou prevalência de 87% de disfunção sexual feminina, 50% das participantes eram diabéticas (SCHWARZ *et al*, 2008).

5.1 Limitações do estudo

Os dados aqui apresentados fazem parte de uma amostra parcial do estudo. Dessa forma acredita-se que muitas das associações já descritas na literatura entre a disfunção sexual e algumas das características sócio-demográficas e clínicas não puderam ser observadas. Por isso, deve-se seguir o estudo, completar a amostra e fazer uma nova análise.

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Os resultados preliminares permitem concluir que os homens com IC em acompanhamento ambulatorial apresentam uma prevalência maior de DE moderada/grave quando comparados à população em geral. Além disso, identificou-se que as mulheres com IC, se comparadas com as mulheres em geral, têm maior grau de RDSF.

Diante do exposto, acredita-se que maior atenção deva ser dirigida por parte dos profissionais da equipe multiprofissional de saúde aos pacientes com IC e que novas abordagens de tratamento devam ser propostas visando à melhora da função sexual e conseqüentemente da qualidade de vida. Além disso, espera-se que o estudo siga para que outras possíveis relações entre a disfunção sexual e as características sócio-demográficas e clínicas possam ser observadas.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C.H.N.; OLIVEIRA JR, W.M.; MOREIRA, E.D.; FITTIPALDI, J.A.S. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. **Revista Brasileira de Medicina**. v.59, n.4, p.250-257, 2002.
- ABDO, C.H.N.; OLIVEIRA JR, W.M.; SCANAVINO, M.T.; MARTINS, F.G. Disfunção Erétil - Resultados do Estudo da Vida Sexual do Brasileiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**. V.52, n.6, p.424-429, 2006.
- ARAÚJO, A.A.; BRITO, A.M.; FERREIRA, M.N.L.; PETRIBÚ, K. *et al.* Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.36, n.1, p.42-48, 2009.
- BELARDINELLI, R.; LACALAPRICE, F.; FACCENDA, E.; PURCARO, A.; PERNA, G.P Effects of short-term moderate exercise training on sexual function in male patients with chronic stable heart failure. **International Journal of Cardiology**, v.101, p.83– 90, 2005.
- BERMAN, J.R. Physiology of female sexual function and dysfunction. **International Journal of Impotence Research**, v.17, p.S44–S51, 2005.
- BOCCHI, E.A.; MARCONDES-BRAGA, F.G.; AYUB-FERREIRA S.M.; ROHDE L.E.; OLIVEIRA W.A. *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 92(6 supl.1), 2009.
- FELDMAN, H.A.; GOLDSTEIN, I.; HATZICHRISTOU, D.G.; KRANE, R.J.; MCKINLAY, J.B. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. **The Journal of Urology**, v.151, n.1, p.54–61, 1994.
- FERRAZ, M.B.; CICONELLI, J.R.M. Tradução e adaptação cultural do índice internacional de função erétil para a língua portuguesa. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v.55, p.35-40, 1998.
- FORTIN, M.; HUDON, C.; DUBOIS, M.F.; ALMIRALL, J.; LAPOINTE, L. *et al.* Comparative assessment of three different indices of multimorbidity for studies on health-related quality of life. **Health and Quality of Life Outcomes**, United Kingdom, v.3, n.74, 2005.
- HAYES, R.D.; BENNETT, C.M.; FAIRLEY, C.K.; DENNERSTEIN, L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? **The Journal of Sexual Medicine**, v.3, n.4, p. 589-595, 2006.
- HULLEY, S.B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Tradução: Michael Schmidt Duncan. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JAARSMA, T.; DRACUP, K.; WALDEN, J.; STEVENSON, L.W. Sexual function in patients with advanced heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. v.25, n.4, p.262–270, 1996.

JAARSMA, T. Sexual problems in heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, v.1, p.61-67, 2002.

KIRBY M, JACKSON G, BETTERIDGE J, FRIEDLI K. Is erectile dysfunction a marker for cardiovascular disease? *Int J Clin Pract*, v.55, n.9, p.614-618, 2001.

LUE, T.F. Erectile dysfunction. *The New England Journal of Medicine*. United Kingdom, v.342, n.24, p. 1802-13, 2000.

MANDRAS, S.A.; UBER, P.A.; MEHRA, M.R. Sexual Activity and Chronic Heart Failure. *Mayo Clinic Proceedings*, v.82, n.10, p.1203-1210, 2007.

NICOLOSI, A.; MOREIRA JR, E.D.; SHIRAI, M.; TAMBI, M.I.B.; GLASSER, D.B. Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: cross-national study of the prevalence and correlates of erectile dysfunction. *Urology*, v.61, n.1, p.201-206, 2003.

OKSUZ E.; MALHAN, S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of Urology*, v.175, n.2, p.654–658, 2006.

PACAGNELLA, 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.

SCHWARZ, E.R; KAPUR, V.; BIONAT, S.; RASTOGI, S.; GUPTA, R.; ROSANIO, S. The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure. *Int J Impot Res*, Los Angeles, v.20, n.1, p.85-91, 2008.

SIDI, H.; PUTEH, S.E.; ABDULLAH. N.; MIDIN, M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 4, n.2, p.311-321, 2007.

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

TAYLLOR, H.A. Sexual Activity and the Cardiovascular Patient: Guidelines. *Am J Cardiol*; 84, 6N-10N, 1999.

TIEFER, L.; HALL, M; TAVRIS, C. Beyond dysfunction: a new view of women's sexual problems. *J Sex Marital Ther*, v.28, p.225-232, 2002.

WEBSTER, L.J.; MICHELAKIS, E.D.; DAVIS, T.; ARCHER, S.L. Use of sildenafil for safe improvement of erectile function and quality of life in men with New York Heart Association Classes II and III congestive heart failure: a prospective, placebocontrolled, double-blind crossover trial. *Arch Intern Med*., v.164, n.5, p.514-520, 2004.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v.31, n.1, p.1-20, 2005.

APÊNDICE A – Ficha clínica

FICHA CLÍNICA

IDENTIFICAÇÃO			
Nome/ Prontuário:		Telefone:	
Data de Nasc./ Idade:	Sexo:	Atividade profissional:	Renda (salários mínimos):
Cor:	Anos de estudo:	Filhos? Quantos? Idade dos filhos?	
Vínculo marital – tempo de relacionamento - nºparceiros/ano:			
Medicações em uso – dose, frequência			
Hidralazina			
HCTZ			
Betabloqueador			
IECA			
Espironolactona			
Digoxina			
Estimulante sexual			
Psicofármaco			
Hipoglicemiantes			
<input type="checkbox"/> IAM prévio	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> Metástase de tumor sólido	
<input type="checkbox"/> ICC	<input type="checkbox"/> Hemiplegia	<input type="checkbox"/> AIDS	
<input type="checkbox"/> Doença vascular periférica	<input type="checkbox"/> Doença renal	<input type="checkbox"/> Depressão	
<input type="checkbox"/> Doença cerebrovascular	<input type="checkbox"/> DM com lesão em órgão-alvo	<input type="checkbox"/> Etilismo	
<input type="checkbox"/> Demência	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tabagismo	
<input type="checkbox"/> Doença pulmonar crônica	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> HAS	
<input type="checkbox"/> Doença do tecido conjuntivo	<input type="checkbox"/> Linfoma	<input type="checkbox"/> Dislipidemia	
<input type="checkbox"/> Doença ulcerosa	<input type="checkbox"/> Doença hepática	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	
<input type="checkbox"/> Cardiopatia isquêmica		<input type="checkbox"/> Obesidade	
IC etiologia:	FEVE:	Classe Funcional (NYHA):	
Ano do diagnóstico de IC:			
Atividade Física/tipo:	Freqüência de exercícios:	Tempo de atividade física:	

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Prevalência de Disfunção Erétil em Homens e de Risco para Disfunção Sexual em Mulheres Atendidos em Clínica de Insuficiência Cardíaca

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que pretende identificar a prevalência e o risco de disfunção sexual em pacientes acompanhados em ambulatório de Insuficiência Cardíaca. No nosso meio ainda não conhecemos esses resultados.

Esta pesquisa tem um caráter científico. Trata-se de um estudo em que os pacientes responderão uma única vez a um questionário com relação ao seu desempenho sexual. Para responder ao questionário, o (a) senhor (a) levará aproximadamente 20 minutos. O conhecimento destas informações por parte da equipe de saúde é fundamental para identificar as causas e um possível tratamento. Esse estudo terá o inconveniente do tempo que o (a) senhor (a) estará gastando ao responder às perguntas e algum constrangimento. No entanto, gostaria de ressaltar que o (a) senhor (a) responderá apenas as questões que se sentir à vontade. Não haverá qualquer tipo de ressarcimento.

Todas as informações serão sigilosas e codificadas com um número, os quais só os pesquisadores terão acesso. Em nenhum momento seu nome ou qualquer informação sobre a sua saúde será fornecida para qualquer outra pessoa que não seja um dos pesquisadores. As informações serão utilizadas somente para fins de pesquisa.

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.

Pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo minha participação neste projeto de pesquisa, respondendo aos questionamentos. Fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, sobre os objetivos desse estudo. Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a presente pesquisa;

- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu cuidado e tratamento;

- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;

A pesquisadora responsável por este projeto de pesquisa será a Professora Doutora Eneida Rejane Rabelo da Silva. Este documento foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa desta instituição. Para cada participante haverá duas vias desse documento, uma ficará arquivada com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa.

Telefone do pesquisador: (51) 9203-4355

Telefone do Comitê de Ética e Pesquisa: (51) 3359-7640

Serviço de Cardiologia do Hospital de Clínicas, 2º andar. Telefones: (51) 3359-8344 e 3359-8084.

Nome e assinatura do paciente

Assinatura do pesquisador

Andréia Martins Specht

Data:

ANEXO I – Índice Internacional de Função Erétil¹

Nome:

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 número 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**?

- 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?

- 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?

- 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

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?

- 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?

- 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*?

- 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?

- 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*?

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***?

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***?

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?

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?

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?

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?

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?

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

¹ FERRAZ, M.B.; CICONELLI, J.R.M. Tradução e adaptação cultural do índice internacional de função erétil para a língua portuguesa. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v.55, p.35-40, 1998.

ANEXO II – Índice de Função Sexual Feminina²

Nome:

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

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 (ficou 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
- 1. Extremamente difícil ou impossível
- 2. Muito difícil
- 3. Difícil
- 4. Ligeiramente difícil
- 5. Nada difícil

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

² PACAGNELLA, 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.

ANEXO III - Carta de aprovação COMPESQ-EENF



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

TCC GRAD.: 33/2010

Versão MR: 12/2010

Pesquisadores: Andréia Martins Specht
Profª. Elisida Regina Habelo da Silva

Título: PREVALÊNCIA E RISCO DE DISFUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTES ATENDIDOS EM CLÍNICA ESPECIALIZADA EM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avalia e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicada à Comissão.

Porto Alegre, 09 de dezembro de 2010.

Profª Dra. Eliane Pibbeiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ
Eliane Pibbeiro de Moraes
Coordenadora Comissão
grad - UFRGS

ANEXO IV - Carta de aprovação CEP-HCPA



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

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USCCHHS, como Institutional Review Board (IRB00000521) analisaram o projeto:

Projeto: 100500

Versão do Projeto: 08/01/2011

Versão do TCLE: 25/01/2011

Pesquisadores:

DAYANA MACHADO LEMOS

DARIL LUFT MACHADO


ANDREA WERTING SPORIT

ERICK REJANE RIBEIRO DA SILVA

Título: Prevalência e risco de disfunção sexual em pacientes atendidos em clínica especializada em insuficiência cardíaca

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de análise do projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 27 de janeiro de 2011.


Prof. Nadine Clausel
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA