XVII CICURV
Congresso de Iniciação Científica da Universidade de Rio Verde

Influência da Síndrome Coronariana Aguda na Função Sexual de Mulheres após Seis Meses de Internação

Andressa Ribeiro da Costa[1], Pedro Augusto Carrijo Nunes[2], Lara Cândida de Sousa Machado[3], Filipe Cândido Goulart[3], Eraldo Ribeiro Ferreira Leão de Moraes[3], Kênia Alves Barcelos[3,4]

[1] Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde, participante do PIBIC/UniRV
[2] Acadêmico de Medicina da Universidade de Rio Verde, participante do PIVIC/UniRV
[3] Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde
[4] Professora Orientadora do Trabalho
Autor correspondente: andressa.rd.costa@hotmail.com

Reitor:
Prof. Me. Alberto Barella Netto

Pró-Reitor de Pesquisa e Inovação:
Prof. Dr. Carlos César E. de Menezes

Editor Geral:
Prof. Dr. Fábio Henrique Baia

Editor de Seção:
Profa. Dra. Andrea Sayuri Silveira Dias Terada
Prof. Dr. Hidelberto Matos Silva

Correspondência:
Andressa Ribeiro da Costa

Fomento:
Programa PIBIC/PIVIC UniRV/ CNPq 2021-2022

Resumo: As doenças cardiovasculares correspondem a 1/3 das mortes de mulheres no mundo, totalizando cerca de 8,5 milhões, representando a maior causa de morte em mulheres no Brasil. Estudos demonstram que mulheres após a menopausa tem maior chance de desenvolver doenças cardiovasculares, principalmente Síndrome Coronariana Aguda, ademais o sistema cardiovascular está intimamente relacionado a função sexual e retomar esta atividade é de fundamental importância. Este trabalho teve como objetivo verificar qual a prevalência de mulheres que possuem disfunção sexual após seis meses de internação hospitalar por síndrome coronariana aguda, incluindo angina instável, infarto agudo do miocárdio sem supra ST e infarto agudo do miocárdio com supra ST; averiguar quais fatores podem influenciar na atividade sexual destes pacientes, como angina, idade, comunicação médico-paciente. Foram coletados 4 relatos de casos de mulheres que haviam sido diagnosticadas com SCA. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram os questionários The Female Sexual Function Index (FSFI) validado para a língua portuguesa e um questionário desenvolvido pelos pesquisadores (Ficha de Avaliação Pessoal). Com os resultados dos 4 relatos de casos, pudemos observar que todas as pacientes entrevistadas obtiveram escores no questionário FSFI menores que a média de 26,55 pontos. Eles foram: 16; 19,9; 21; e 14,8. O presente estudo demonstrou, também, que a maioria das mulheres as quais haviam sido diagnosticadas com SCA, não possuíam vida sexual ativa, observou-se, também, que a vida sexual das mulheres entrevistadas está muito atrelada às necessidades dos parceiros.

Palavras-chave: Função Sexual. Infarto Agudo do Miocárdio. Mulheres. Síndrome Coronariana Aguda.

Influence of Acute Coronary Syndrome on the Sexual Function of Women after Six Months of Hospitalization

Abstract: Cardiovascular diseases correspond to 1/3 of the deaths of women in the world, totaling about 8.5 million, representing the largest cause of

UniRV
Universidade de Rio Verde

death in women in Brazil. Studies show that women after menopause are more likely to develop cardiovascular diseases, especially Acute Coronary Syndrome, in addition the cardiovascular system is closely related to sexual function and resuming this activity is of fundamental importance. This study aimed to verify the prevalence of women who have sexual dysfunction after six months of hospitalization due to acute coronary syndrome, including unstable angina, acute myocardial infarction without ST elevation and acute myocardial infarction with ST elevation; to find out which factors can influence the sexual activity of these patients, such as angina, age, doctor-patient communication. Four case reports were collected from women who had been diagnosed with ACS. The data collection instruments used were the questionnaires The Female Sexual Function Index (FSFI) validated for the Portuguese language and a questionnaire developed by the researchers (Personal Assessment Form). With the results of the 4 case reports, we could observe that all the patients interviewed had scores on the FSFI questionnaire lower than the mean of 26.55 points. They were: 16; 19.9; 21; and 14.8. The present study also showed that the majority of women who had been diagnosed with ACS did not have an active sexual life. It was also observed that the sexual life of the women interviewed is closely linked to the needs of their partners.

Key words: Acute Coronary Syndrome. Acute myocardial infarction. Sexual Function. Women.

Introdução

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) corresponde à doença causada por um desequilíbrio entre o suprimento e a demanda de oxigênio do músculo cardíaco, resultante do rompimento de uma placa coronariana instável, vasoconstrição arterial coronariana, estreitamento luminal gradual e aumento da demanda miocárdica de oxigênio (GLUGLIANO; CANNON; BRAUNWALD, 2020). Também, foi demonstrado que essa patologia é um fator para o decaimento da qualidade de vida (STOCCO; CASTRO; SAKAE, 2009).

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é sua forma mais frequente, sendo definido como a obstrução de uma ou mais artérias coronarianas (parcial ou total) comprometendo o suprimento sanguíneo a uma determinada região do miocárdio, causando isquemia, disfunção tecidual e potencial morte celular. Outra consequência da obstrução de uma artéria coronariana é o cessamento do metabolismo aeróbico em questão de segundos. Devido a isso, a isquemia grave induz à perda de contratilidade dentro de aproximadamente um minuto. Esse fato pode ocasionar insuficiência cardíaca aguda bem antes do início da morte das células do miocárdio (SHOEN; MITCHELL, 2000).

A apresentação clínica é diferente para o sexo feminino, estudos demonstraram que apenas 50% das dores consideradas anginosas nas mulheres, eram de fato IAM comparando a 83% no sexo masculino, a angina não seria, então, um indicador sensível para mulheres. Destarte, observou-se, também, que os sintomas apresentados pelas mulheres não são tão acentuados quanto os sintomas masculinos, ou seja, se apresentam mais sutis, o que possibilita um maior tempo de desenvolvimento, causando maior risco de mortalidade e sequelas (ALMEIDA, et al. 2014). Ademais, mulheres que estão na menopausa perder o efeito cardioprotetor do estrogênio, sendo mais propensas a sofrerem uma síndrome coronariana aguda (BRASIL, 2008).

Material e Métodos

A coleta dos dados foi realizada em hospitais da cidade de Rio Verde-GO, antes de qualquer procedimento o projeto foi submetido ao Comitê de ética e Pesquisa (CEP) via Plataforma Brasil e de acordo com a Resolução CNS n° 466/12. A presente pesquisa foi advinda de um projeto “guarda-chuva” de título: Prevalência de pacientes que possuem disfunção sexual após seis meses de internação hospitalar por síndrome coronariana aguda, aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa pelo CAAE de número: 39306320.2.0000.5077.

Foram entrevistadas 24 pacientes diagnosticadas com SCA que se enquadrariam nos requisitos iniciais do projeto (ter de 18 a 65 anos, ter aceitado participar da pesquisa, ter sofrido uma SCA há menos de 6 meses), porém durante a entrevista 16 mulheres foram excluídas do estudo por não serem sexualmente ativas. Das 8 pacientes que restaram, 4 delas referiram não ter praticado atividade sexual após o evento de SCA, sendo assim, excluídas do trabalho. A presente pesquisa, desta forma, foi modificada para relatar os 4 casos restantes.

As pacientes foram avaliadas com dois questionários sendo eles: uma ficha de Avaliação Pessoal, contendo perguntas discursivas e objetivas que abordam: data de nascimento, sexo, estado civil, profissão, data da SCA, data da alta hospitalar, uso de medicamentos, se é sexualmente ativo, orien-

tação sexual, se houve percepção de alteração na função sexual pós-SCA e qual provável motivo, classificação do risco cardiovascular, presença de angina durante a relação sexual e avaliação da comunicação médico-paciente. E o segundo o questionário *The Female Sexual Function index* (FSFI), foi minimamente modificado, apenas acrescentado um adendo para que caso o tempo desde a alta hospitalar seja menor que 4 semanas, seja considerado apenas o tempo após a internação hospitalar. O questionário avalia os seguintes componentes: desejo; excitação; lubrificação; orgasmo; satisfação; presença. Cada componente apresenta escore máximo de 6,0 pontos, totalizando ao final o máximo de 36 pontos. O questionário FSFI teve sua tradução validada para mulheres com língua fluente brasileira e o questionário utilizado nesta pesquisa foi retirado do estudo de Pacagnella et al, 2008. Uma escore maior ou igual 26,55 significa normalidade nos padrões de função sexual (WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005).

Resultados e Discussão

Paciente 1, A.L.P, sexo feminino, 64 anos, do lar, casada, heterossexual, teve o evento de SCA 4 meses antes da coleta de dados, referiu ser diabética, hipertensa, pós-graduada, negou sentir dor precordial durante a atividade sexual. Obteve piores escores em lubrificação, desejo e orgasmo, como mostra a tabela 1. Foi importante identificar nesta paciente que apesar de um escore de zero pontos no quesito orgasmo, a mesma apresentou bom escore em relação a satisfação com sua atividade sexual. Ao ser questionada em como ela se sentia satisfeita, esta referiu que o contato físico e diálogo com o marido eram os quesitos mais satisfatórios na sua vida a dois. A paciente totalizou 16 pontos, sendo assim, uma pontuação menor do que a de corte de 26,55 pontos. Desta forma a paciente apresentou disfunção sexual.

Paciente 2, M.A.R, sexo feminino, 63 anos, aposentada, solteira, heterossexual, teve o evento de SCA 45 dias antes da entrevista, referiu ser hipertensa e possui dislipidemia, possuía ensino fundamental incompleto, negou dor precordial durante atividade sexual. A paciente obteve melhores resultados nos domínios de desejo e satisfação com a vida sexual. Relatou que teve poucas relações sexuais durante o último mês e sem muito intimidade com o parceiro atual. Seu escore total foi de 19,9 pontos.

Paciente 3, J.R.R, 45 anos, sexo feminino, do lar, solteira, ensino fundamental incompleto, refere não sentir dor precordial, porém apresenta dispneia durante a atividade sexual, evento de SCA há cerca de 3 meses. Apresentando 21 pontos dos 36 pontos máximos dos questionários FSFI, apresentando disfunção sexual.

Paciente 4, R.G.S, 42 anos, sexo feminino, autônoma, solteira, heterossexual, ensino médico completo, referiu não sentir dor precordial durante o ato. A paciente obteve escores baixos em satisfação, desejo, lubrificação, orgasmo, tendo melhores escores apenas em não sentir dor na relação sexual. Seu escore total foi de 14,8 pontos do total de 36.

A tabela 1 apresenta os domínios que são considerados no questionário FSFI, o qual avaliar: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. É importante ressaltar que escores maiores no domínio dor, significam que na maioria das vezes a paciente não sentiu dor durante o ato sexual, ou seja, teve sua atividade sexual sem angina, apresentando melhor desenvolvimento do ato sexual.

Tabela 1 – Escores Pacientes

Domínio	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Escore máximo
Desejo	3,6	3	0,6	2,4	6
Excitação	2,4	2,1	2,1	1,2	6
Lubrificação	0,6	2,4	3,9	1,2	6
Orgasmo	0	2,4	3,6	2,4	6
Satisfação	4	5,2	4,8	2,4	6
Dor	4,8	4,8	6	5,2	6
Total	16	19,9	21	14,8	36

Fonte: Próprio autor.

Em relação as 16 mulheres que foram excluídas do estudo por não serem sexualmente ativas, os motivos listados foram: marido não podia ter atividade sexual, não possuíam parceiro, o parceiro não apresentar interesse sexual pela parceira e ambos não tinham desejo. Uma paciente referiu que o marido estava em tratamento para hiperplasia de próstata e não conseguia ter relações sexuais, a mesma referiu que não se sentia prejudicada, pois o companheirismo com o marido permanecia. Foi observado nas 24 mulheres entrevistadas que o afeto, companheirismo, rotina com o parceiro era algo mais importante do que a atividade sexual, propriamente dita e que a atividade sexual era muito dependente das vontades do parceiro.

Pudemos perceber com os 4 relatos de caso que todas as mulheres as quais compuseram os relatos de caso aqui presentes, as quais se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, apresentaram algum nível de disfunção sexual, observada da mesma forma por Lunelli et al., 2008, quando realizou uma pesquisa com 96

pacientes, em que 30% dos pacientes infartados eram do sexo feminino. Relataram ainda que, 96% dos pacientes que compuseram o estudo não tinham conhecimento dos sinais e sintomas de um infarto e suas prováveis limitações e mais de 60% destes, tinham dúvidas sobre o retorno à atividade sexual e apenas 4% haviam recebido orientações dos médicos sobre suas dúvidas.

Consoante ao estudo citado acima, a presente pesquisa observou que 100% dos pacientes tiveram alguma queixa sobre informações repassadas sobre atividade física ou atividade sexual, sendo que das 24 pacientes inicialmente entrevistadas, 66,6% referiram que tiveram suas dúvidas sobre atividade sexual após a SCA moderadamente esclarecidas, 8% tiveram todas as suas dúvidas esclarecidas e 25% não tiveram nenhuma dúvida esclarecida.

Vale ressaltar que a relação sexual está intimamente relacionada ao gasto energético. Em um ato sexual são gastos, aproximadamente, 2 a 3 METs (Metabolic Equivalent of Task - Equivalente Metabólico da Tarefa) na fase pré-orgásmica e de 3 a 4 METs no orgasmo, o que equivale a uma caminhada leve. Há diversas controversas sobre a atividade física na pós síndrome coronariana, porém a Sociedade Brasileira de Cardiologia, indica que a capacidade funcional para pacientes de baixo risco seja de 7 METs e de alto risco de 5 METs, ou seja, maior do que a do ato sexual. Sendo assim, um cardiopata que apresente no teste de esforço uma potência aeróbica de 5 a 6 METS, e sem alterações significativas (cardiovasculares), pode ter a prática sexual liberada com segurança (STEIN; HOHMANN, 2006; SERRA, 2000).

Muller et al. (1996), após entrevistar 1.774 pessoas, das quais 858 eram ativos sexualmente, demonstrou que o risco de IAM durante a atividade sexual é similar entre pacientes com antecedentes pessoais de infarto ou angina e pacientes sem antecedentes cardiovasculares. No entanto, a atividade sexual para esses pacientes não está isenta de riscos, este deve ser avaliado e estratificado para que a relação sexual possa ser liberada. Desta forma, a Sociedade Brasileira de Cardiologia em sua V Diretriz sobre o Infarto Agudo do Miocárdio com Supra desnível de Segmento ST, em 2015, divulgou que pacientes que estejam assintomáticos e que estejam estáveis podem iniciar atividade sexual com seu parceiro habitual em 7 a 10 dias após o infarto (PIEGAS et al. 2015).

O estudo de Huffman et al. (2019) demonstrou que dos 1261 participantes de sua pesquisa, 44% tiveram pelo menos 1 episódio de angina nos primeiros 30 dias após hospitalização por IAM, apresentaram ainda que cerca de 77,8% dos entrevistados tiveram alguma limitação aos exercícios físicos moderados a intensos e que as mulheres apresentaram uma frequência maior de angina do que os homens. O que vai em sentido oposto ao encontrado nesse estudo, onde as mulheres relataram que não haviam sentido dor ou angina durante a atividade sexual.

Ademais, faz-se importante destacar que a atividade sexual é considerada como exercício físico e que a reabilitação cardíaca acontece de maneira mais eficiente quando se pratica tais atividades (seguindo orientações da equipe multiprofissional), melhorando, assim, a capacidade funcional e, consequentemente, a qualidade de vida (THORSON, 2003; LIM; SIM; HAN, 2016).

Outrossim, o sistema cardiovascular está intimamente ligado à relação sexual e, por conseguinte, retornar a essa atividade no pós-infarto tem importância clínica e psicossocial. Porém, ainda é um tema pouco abordado pelos profissionais da saúde, em razão de seu âmbito privativo e íntimo (VACANTI; CAEAMELLI, 2000).

Conclusão

Foi possível identificar, no presente trabalho, que as mulheres entrevistadas, principalmente com uma idade mais avançada, possuem uma redução da sua atividade sexual, independente de fatores físico, dificultando a correlação com a pergunta da pesquisa. Este fator foi percebido pela quantidade de mulheres excluídas na pesquisa por não serem sexualmente ativas, mesmo antes de sofrerem uma síndrome coronariana aguda. Um fator que dificultou a pesquisa. Foi percebido, também, que mesmo as mulheres que se permaneciam sexualmente ativas, apresentaram disfunção sexual, com valores bem abaixo dos esperados pelos questionários aplicados. Notou-se que a vida sexual feminina está intimamente atrelada às necessidades dos parceiros. Vale ressaltar, também, que novas pesquisas sobre o tema devem ser realizadas.

Agradecimentos

Agradeço à Universidade de Rio Verde pela oferta do PIBIC, o qual chancelou a possibilidade deste trabalho ser realizado, possibilitando grande aprendizado na área de pesquisa, além de boas normas em conduta e ética.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M.C. Comparação do Perfil Clínico-Epidemiológico entre Homens e Mulheres na Síndrome Coronariana Aguda. **Rev Bras Cardiol**, v. 27, n. 6, p. 423-429, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CARVALHO, T. et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. **Arq Bras Cardiol.** 2020; v. 114, n. 5, p. 943-987.

COELHO-RAVAGNANI, C.F. et al. Estimativa do equivalente metabólico (MET) de um protocolo de exercícios físicos baseada na calorimetria indireta. **Rev Bras Med Esporte**, v. 19, n. 2, p. 134-138, 2013.

GLUGLIANO, R.P.; CANNON CP, BRAUNWALD E. Síndrome coronariana aguda sem elevação do segmento ST (infarto agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST e angina instável. *In*: Jamerson JL, Kasper DL, Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. Medicina Interna de Harrison. **20ª ed. Porto Alegre: Grupo A Educação S.A.**; p. 1866 – 1872, 2020.

LIM, S. K., SIM, D. S., & HAN, J. Y. The factors associated with sexual recovery in male patients with acute myocardial infarction under phase II cardiac rehabilitation. **Journal of clinical nursing**, v. 25, n. 19-20, 2827–2834, 2016.

LUNELLI, Rosana Pinheiro et al. Atividade sexual pós-infarto do miocárdio: tabu ou desinformação? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 90, p. 172-176, 2008.

MULLER, J.E.; MITTLEMAN, A.; MACLURE, M.; SHERWOOD, J.B.; TOFLER, G.H.; Triggering myocardial infarction by sexual activity. Low absolute risk and prevention by regular physical exertion. Determinants of Myocardial Infarction Onset Study Investigators. **JAMA**, v. 275, n.18, p.1405-1409, 1996.

PACAGNELLA, R.C. et al. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 416-26, 2008.

PIEGAS, L. S.. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 105, p. 1-121, 2015.

SERRA, S. Comportamento cardiovascular durante a atividade sexual. **Rev SOCERJ,** v. 13, n. 3, p. 28-33, 2000.

SHOEN, F.J.; MITCHELL, R.N. O Coração. In: Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC. **Patologia: Bases Patológicas das Doenças**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

STEIN, R.; HOHMANN, C.B. Atividade sexual e coração. **Arq Bras Cardiol,** v. 86, n. 1, p. 61-67, 2006.

STOCCO, M.L.; CASTRO, C.M.; SAKAE, T.M. Avaliação da qualidade de vida um mês após a síndrome coronariana aguda. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 38, n. 4, p. 87-95, 2009.

THORSON, A. I. Sexual activity and the cardiac patient. **The American Journal of Geriatric Cardiology**, v. 12, n. 1, p. 38-40, 2003.

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

VACANTI, L.J.; CAEAMELLI, B. Idade e distúrbio psicológico: variáveis associadas à disfunção sexual no período pós-infarto. **Arq Bras Cardiol**, v. 85, n. 2, p. 110-13, 2005.