



ORIGINAL ARTICLE

DISORDERS IN THE SEXUAL STANDARD FROM HIPERTENSIVE PATIENTS
ATTENDED AT CARDIOLOGY CLINICALTERAÇÕES NO PADRÃO SEXUAL DE HIPERTENSOS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE
CARDIOLOGIA

TRASTORNOS SEXUALES EN PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CARDIOLOGIA

Sonia Maria da Silva Garcia¹, Marli Teresinha Gimeniz Galvão², Ednaldo Cavalcante de Araújo³, Ana Márcia Tenório Souza Cavalcanti⁴

ABSTRACT

To identify sexual disorders from hypertensive patients attended at Clinic Cardiology from a University Hospital at Recife, Pernambuco (PE) – Brasil, was the objective of this descriptive exploratory study, from quantitative boarding. The probabilist sampling was constituted from 114 adults, who had answered a questionnaire, from May to July 2004, whose data had been analyzed descriptive, presented in numerical values in tables. As findings, the age varied from 24 to 65 years; 80,7% were married; 64,9% had informed to possess basic education; the per capita income varied from R\$ 37,14 to R\$ 1.300,00; bigger ratio informed the diagnosis time from 6 to 10 years; 55,7% had informed to present disorders in their sexual life proceeding from the diagnosis of blood hypertension: desire inhibition 25,4%; erectile dysfunction or inhibited male arousal 9,6%; sexual arousal disorder 16,6%; inhibited female orgasm 4,4%; ejaculatory incompetence 1,8%; dyspareunia 2,6%; sexual phobia 1,8%; multiple sexual phobia 8,9%. This research brings unknown aspects next to the hypertensive patients, allowing that it has a bigger deepening and development of other research focused on their sexuality, favoring the development education technician, the research and the assistance. **Descriptors:** hypertension; adult; coitus; sexuality.

RESUMO

Identificar alterações sexuais em hipertensos atendidos em Ambulatório de Cardiologia de um Hospital Universitário em Recife, Pernambuco (PE) – Brasil, foi o objetivo desse estudo descritivo exploratório, de natureza quantitativa. Uma amostra de 114 adultos respondeu um questionário, entre maio a julho de 2004, cujos dados foram dispostos em tabelas e analisados descritivamente. Quanto aos resultados, a idade variou de 24 a 65 anos; 80,7% eram de casados; 64,9% informaram possuir o ensino fundamental; a renda *per capita* variou de R\$ 37,14 a R\$ 1.300,00; maior proporção informou o tempo de diagnóstico entre seis a 10 anos; 55,7% informaram apresentar alterações na sua vida sexual proveniente do diagnóstico de hipertensão arterial: inibição do desejo 25,4%; disfunção erétil ou inibição da excitação 9,6%; inibição da excitação 16,6%; inibição do orgasmo 4,4%; ejaculação precoce 1,8%; dispareunia 2,6%; fobia sexual 1,8%; fobia sexual múltipla 8,9%. Esta pesquisa traz aspectos inéditos junto aos hipertensos, permitindo que haja um maior aprofundamento e desenvolvimento de outras pesquisas enfocando sua sexualidade, favorecendo o desenvolvimento técnico do ensino, da pesquisa e da assistência. **Descritores:** hipertensão; adulto; coito; sexualidade.

RESUMEN

Identificar los trastornos sexuales en pacientes hipertensos atendidos en la Clínica de Cardiología de un Hospital Universitario en Recife, Pernambuco (PE) – Brasil, fue el objetivo de este estudio descriptivo exploratorio, de abordaje cuantitativo. La muestra probabilística se constituyó por 114 adultos, que contestaron un cuestionario, a partir de mayo a julio del 2004. Los datos fueron analizados y presentados en tablas. Entre los resultados encontrados: la edad varía de 24 a 65 años; 80,7% casados; 64,9% con educación básica; el ingreso *per capita* varía de R \$ 37,14 a R\$ 1.300,00; con diagnóstico entre 6 a 10 años; 55,7% presentan trastornos en su vida sexual procedentes del diagnóstico de la hipertensión arterial: inhibición del deseo 25,4%; disfunción erétil o inhibición de la excitación 9,6%; inhibición de la excitación 16,6%; orgasmo inhibido 4,4%; eyaculación precoz 1,8%; dispareunia 2,6%; fobia sexuales 1,8%; fobia sexuales múltiples 8,9%. Esta investigación aporta aspectos desconocidos de los pacientes hipertensivos, permitiendo que haya una mayor profundización y el desarrollo de otras investigaciones centradas en su sexualidad, favoreciendo el desarrollo técnico de la educación, la investigación y la asistencia. **Descriptores:** hipertensión; adultos; coito; sexualidad.

¹Enfermeira. Professora Mestra da Faculdade de Enfermagem de Belo Jardim – FABEJA – Belo Jardim (PE), Brasil. E-mail: sonia-garcia2004@ig.com.br; ²¹ Enfermeira. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: marligalvao@gmail.com; ³Enfermeiro. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. Pós-doutorando em Sorbonne, Paris – França (FR). E-mail: ednenjp@gmail.com; ⁴Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. E-mail: anapopita@gmail.com

INTRODUÇÃO

Inúmeras são as definições de sexualidade humana a qual se apresenta de muitas maneiras e depende de percepções e vivências individuais. Estas definições podem ser limitadas ou multifacetadas em seu conteúdo que têm em comum o reconhecimento de que é uma qualidade e parte intrínseca do ser humano. Numa concepção mais abrangente, a sexualidade inclui os componentes biológicos, assim como os socioculturais, os psicológicos e os éticos do comportamento humano.¹

A sexualidade é um elemento básico da personalidade que determina no indivíduo um modo particular e individual de ser, manifestar, comunicar, sentir, expressar e viver o amor. É um componente importante do ser humano, que está em contínua mudança, sobretudo no que se refere aos papéis afetivo-sexuais. A sexualidade possui três componentes: biológicos, caracterizados pela diferenciação de sexos e caracteres sexuais; sociais, identificados pelos papéis sociais de gênero e papel afetivo-sexual; psicológicos, representados pela identidade sexual: genital, de gênero e orientação afetivo-sexual.¹⁻³

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde sexual como a integração dos elementos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneira que sejam positivamente enriquecedores e que potenciem a personalidade, a comunicação e o amor, divulgando, ainda que o conceito de sexualidade sadia inclui dois aspectos básicos: a aptidão para desfrutar da atividade sexual e reprodutiva e para regulá-la de acordo com a Ética pessoal e social; e a ausência de distúrbios orgânicos, de enfermidades e deficiências que perturbem a atividade sexual e reprodutiva.⁴

A sexualidade do adulto é entendida como decorrente de um processo de desenvolvimento ordenado a partir de diversos aspectos, desde o biológico, passando pelo aprendizado cultural, até as representações mentais que estão perpassadas por conflitos referentes à situação edípica², sendo o apogeu da sexualidade humana.³

A sexualidade sofre interferência da idade, do estado conjugal, do sistema de valores pessoais, do conhecimento sexual, dos recursos culturais, sociais, econômicos e geográficos, da saúde física e emocional. Engloba como o indivíduo se sente sobre si mesmo e como interage com os outros. A expressão sexual não se limita à relação sexual, completa-se com a proximidade e o toque, bem como com outras maneiras de comunicação verbal e não verbal.⁵

Há descrições na literatura que o indivíduo hipertenso possui limitações impostas pela condição de cronicidade da doença, que na maioria das vezes, leva a mudanças permanentes, muitas vezes, de difícil aceitação e que produzem sentimentos de tristeza, raiva, agressividade, hostilidade. Estas alterações conduzem os indivíduos a se

depararem com novas responsabilidades e problemas de ordem social, econômica e pessoal, muitas vezes de complexo enfrentamento.⁶

Portanto, as alterações impostas no estilo de vida dos hipertensos podem ser graduais ou cumulativas, mas não ocorrem no mesmo momento. Outra situação que emerge no contexto da assistência desses pacientes está relacionada à sexualidade, cujos estudos são escassos. A complexidade que envolve essa temática aliada à ausência desse assunto durante a formação acadêmica, provavelmente dificulta o diálogo dos profissionais com o paciente.⁶

A hipertensão arterial pode influenciar sobre a sexualidade tanto de maneira direta quanto indireta; direta, quando o fluxo sanguíneo dos órgãos genitais fica prejudicado em consequência das alterações mecânicas e estruturais das artérias que irrigam estes órgãos; assim o coito ou qualquer outra manifestação de sexualidade se torna difícil ou mesmo impossível; e indireta, pelas consequências que podem advir do tratamento ou dos aspectos emocionais relacionados à doença.

Portanto, a Enfermagem pode contribuir com orientações de modo contínuo, em nível ambulatorial ou hospitalar, ajudando os portadores de hipertensão a organizarem suas necessidades para manter um melhor controle de doença e aparecimentos de intercorrências.

Diante do exposto, este estudo tem o objetivo de identificar as alterações sexuais entre portadores de hipertensão arterial, atendidos em Ambulatório de Cardiologia de um Hospital Universitário do Recife Pernambuco (PE), Brasil.

MÉTODO

Estudo descritivo exploratório, de abordagem quantitativa, cuja amostra foi constituída por 114 indivíduos, 39 homens e 75 mulheres, após atenderem aos seguintes critérios de inclusão: 1) indivíduos de ambos os gêneros, com idade entre os 18 aos 65 anos; 2) diagnóstico médico de hipertensão arterial (HA) há pelo menos um ano; 3) informar ter vida sexual ativa; 4) aceitação voluntária para participar do estudo, em detrimento a Resolução 196/96, que envolve pesquisa com seres humanos; e, b) de exclusão: 1) existência concomitante de doenças crônicas não transmissíveis de natureza não-cardiovascular, tais como: diabetes, doenças reumáticas não-infecciosas, pulmonares, neoplasias, renais, hepáticas e neurológicas; 2) vigência de tratamento psiquiátrico ou desordem mental; 3) gravidez.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário auto-aplicável contemplando informações acerca da idade, gênero, situação civil, escolaridade, religião, situação ocupacional, atividade profissional, renda familiar, a presença de alteração sexual, tipos de alterações sentidas na vida sexual. Os

dados foram obtidos após o atendimento médico ambulatorial, no período integral, de segunda a sexta-feira, durante os meses de maio a julho de 2004.

Para o tratamento dos dados, os formulários foram enumerados, as variáveis codificadas, formando-se o banco de dados por meio do software *Epi Info 6.4*, utilizando-se o programa *Statcal Package for the Social Sciences (SPSS — 11.0)* para proceder com a análise estatística. Os dados foram analisados descritivamente, apresentados em valores numéricos absolutos e relativos, e para verificar se existia associação entre as diversas variáveis, utilizou-se o teste estatístico exato de Fisher ou o teste qui-quadrado com 95% de confiança. Levaram-se em consideração os valores de *p* inferiores a 0,05 como significantes, entre 0,05 e 0,10 como

(significância) limítrofes e superiores a 0,10 como não significantes (apontando tendências).

Vale ressaltar que esse estudo foi iniciado após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz – HUOC – Recife, Pernambuco (PE) – Brasil, sob n.º de protocolo 23.03.001, procurando atender aos aspectos recomendados na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos.⁷ Todos que participaram desse estudo assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido e pós-esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1. Distribuição dos hipertensos, segundo o gênero e presença de alterações sexuais, atendidos em Ambulatório de Cardiologia de um Hospital Universitário em Recife. Recife (PE), 2004.

Alteração sexual	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não	09	23,1	24	32,0	33	28,9
Sim	30	76,9	51	68,0	81	71,1
Total	39	100	75	100	114	100

*Foi utilizado o teste Exato de Fisher, *p* = 0.3871.

Verifica-se que o percentual de alterações sexuais foi mais elevado nos portadores de hipertensão do gênero masculino em detrimento do feminino.

Tabela 2. Distribuição dos hipertensos, segundo o gênero e tipo de disfunção sexual, atendidos em Ambulatório de Cardiologia de um Hospital Universitário em Recife. Recife (PE), 2004.

Tipo de disfunção sexual	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Inibição do desejo	09	23,1	20	26,7	29	25,4
Disfunção erétil ou inibição da excitação	11	28,2	–	–	11	09,6
Frigidez ou inibição da excitação	–	–	19	25,3	19	06,6
Inibição do orgasmo	03	07,6	02	02,7	05	04,4
Ejaculação precoce	02	05,1	00	00,0	02	01,8
Dispareunia	01	02,6	02	02,7	03	02,6
Fobia sexual	–	–	02	02,7	02	01,8
Múltipla*	04	10,4	06	07,9	10	08,9
Não apresentou disfunção	09	23,1	24	32,0	33	28,9
Total	39	100	75	100	114	100

Múltipla*: presença de mais de uma disfunção.

Observa-se que entre os portadores de hipertensão do gênero masculino a disfunção sexual inibição do orgasmo foi mais elevada do que no feminino.

Tabela 3. Distribuição dos hipertensos, segundo alteração sexual e situação ocupacional, atendidos em Ambulatório de Cardiologia de um Hospital Universitário em Recife. Recife (PE), 2004.

Alteração sexual	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ativo	08	24,2	35	43,2	43	37,8
Aposentado	15	45,5	14	17,3	29	25,4
Desempregado	10	30,3	32	39,5	42	36,8
Total	33	100	81	100	114	100

Teste qui-quadrado apresentando *p*=0,06

Observa-se que, dentre as situações ocupacionais, foi mais evidente a presença de alteração sexual na de *Aposentado*.

No presente estudo, a faixa etária entre homens e mulheres, portadores de HA, variou de 24 a 65 anos, com média de 52,19 anos. Os valores da mediana e da moda foram 52 anos. A situação civil mostrou que 92,3% dos homens informaram serem casados, 5,1% solteiros e 2,6% em outra situação civil. Quanto às mulheres, 74,7% eram casadas, 13,3% solteiras e 12% apresentavam outra situação conjugal.

O ensino fundamental foi alcançado por 64,9%, seguida por 22,8% do ensino médio e 7,9% sem alfabetização, e ainda 4,4% de nível superior. Nos do gênero masculino, estes números foram, respectivamente, 71,7%, 18,0%, 2,6% e 7,7%. Para os do gênero feminino, a situação de escolaridade mostrou-se diferente: houve predomínio da escolaridade do ensino fundamental, com 61,3%, seguidas por 25,3%, que informavam o ensino médio, já 10,7% relatam falta de

alfabetização e, finalmente, 2,7% referiam o ensino superior.

Ao se analisar a escolaridade entre os gêneros, foi interpretada duas peculiaridades entre os portadores: observou-se que no gênero feminino tinha maior proporção de “sem alfabetização” 10,7% versus 2,6%; entre aqueles que informaram o ensino médio, foram as mulheres que indicaram essa situação 25,35% versus 18,0%. Assim, quanto maior o grau de instrução do indivíduo, maior o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Freitas et al⁸ citam que os indivíduos com baixo grau educativo apresentam menos informação de como prevenir as doenças, e isso fazem com que tenham o nível de adesão ao tratamento medicamentoso diminuído.

De acordo com a religião, 50,9% dos hipertensos pertenciam à religião *Católica*, acompanhada pela *Evangélica*, com 43,8%, *Espírita*, em 3,5%, e 1,8% dos pacientes pesquisados citaram outra religião. Analisando-se os gêneros constata-se que todos professaram algum tipo de busca por “força” superior, indicando uma religião ou uma crença religiosa.

Os dados deste estudo demonstraram maior prevalência de HA entre os católicos, metade dos hipertensos. Infere-se que isto teria como uma das justificativas o fato de os católicos geralmente, não possuírem hábitos de vida tão rigorosos e saudáveis como é preconizado nas outras religiões, ou melhor, possuem hábitos de consumo de bebidas alcoólicas e, às vezes são tabagistas, o que é restritamente desaconselhado nas outras religiões.

Quanto à distribuição da renda *per capita* obtida entre os 114 hipertensos, ressalta-se que, para este quesito foi considerado o salário mínimo na época equivalente a R\$ 260,00 (duzentos e sessenta reais). A renda *per capita* variou de R\$ 37,14 a R\$ 1.300,00. A média *per capita* era de R\$ 187, 76, a mediana e a moda foram de R\$ 130,00, cujos índices foram menores do que a média, depreende-se que os pacientes conviviam com baixo poder aquisitivo. Os dados também indicam que, em relação ao total dos entrevistados, 85% possuíam renda *per capita* inferior a um salário mínimo. Portanto, possuía valor inferior a R\$ 480,00, renda estimada pelo IBGE para o padrão ideal de consumo das famílias brasileiras.⁸

No que diz respeito à sexualidade, sua compreensão extrapola a visão de genitalidade e vai além da compreensão dos componentes biopsicossociais que atuam sobre o corpo. A sexualidade é uma expressão única e genuinamente humana, portanto, comum a todas as pessoas.³

Farias e Silva⁹ relataram que, sendo o homem um ser presente na história, possuidor de um corpo, sexo e sexualidade, as informações sobre este tema deveriam ser conduzidas entre as pessoas, isto porque a sociedade encontra-se em busca de novos paradigmas. Entretanto, ainda existe tabu que

ainda não se pode desconsiderar. Uma vez acometido pela hipertensão, surgem medos e inseguranças em diversos aspectos da vida do indivíduo, mas especialmente no sexual. Surgem dúvidas relativas ao esforço extra-estabelecido do coração no momento do coito e a quase confiança de que o coração doente não agüentará tal esforço, podendo levá-lo à morte. Nestes casos, as condições psicológicas do hipertenso e a própria depressão cardiovascular inibem a libido.¹⁰

Por outro lado, a religião também pode exercer influência sobre o exercício da sexualidade do indivíduo, principalmente em sociedades ocidentais, que recebeu influência judaico-cristã. A vivência da sexualidade adquiriu, nessa ação classificatória, um cunho conflitante, sendo apreciada ora como sagrada, ora como profana. Alguns rituais foram aceitos como fórmulas mágicas para redimir os sentimentos de culpa advindos da forma de pensá-la como profana. Dentre estes, pode ser encontrado a cerimônia do casamento como um ritual de passagem, no qual são adotadas as adaptações de papéis sociais e, conseqüentemente, o reconhecimento do direito ao exercer a sexualidade, como forma de perpetuação da espécie.¹¹

Os cristãos copiaram o mesmo padrão repressor da sexualidade deixado pelos judeus. Assim, como se percebe, nossas raízes culturais estão impregnadas de uma visão desvirtuada da sexualidade, onde o exercício da repressão é conduta habitual, ao menos para as mulheres, quando não também para os homens.¹²

• Alterações sexuais

Neste estudo denominou-se alterações sexuais todo problema que interfere na resposta da expressão sexual humana a estímulos eróticos, seja ele de origem psicológica, biológica ou social, pois, considera-se que a disfunção sexual apresenta-se como um mau funcionamento da psiconeurofisiologia em forma de distúrbios no desejo, na ereção, na ejaculação, no orgasmo e o comprometimento de uma destas fases prejudica a relação.^{1,3}

Com relação às respostas apresentadas na tabela 1, notou-se que 28,9% dos indivíduos nunca se depararam com essas disfunções. Entretanto, grande parcela de hipertensos, 71,1%, informou alterações sexuais. Analisando-se quanto ao gênero, observou-se que 76,9% indivíduos do gênero masculino referiram ter alterações sexuais. Entre as do gênero feminino, a prevalência de alterações sexuais foi informada por 68%. Não sendo observada diferença estatisticamente significativa entre os gêneros ($p = 0.3871$).

Os dados desta pesquisa encontram-se inferiores aos divulgados por Macedo¹³, quando informaram que 54% das mulheres brasileiras, hipertensas ou não, sofrem de algum tipo de problema sexual. Entretanto, apenas 18% destas procuram especialistas e a procura por tratamento, ou mesmo aqueles

que revelam os problemas referentes à sexualidade aos profissionais que os atendem é uma porcentagem baixa.

Estudo realizado por pesquisadores do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas em São Paulo – São Paulo (SP), Brasil, mostrou que a sexualidade feminina continua a ser um grande mistério até mesmo para os profissionais teoricamente preparados para cuidar da saúde sexual de mulheres. Os problemas sexuais femininos possuem um leque de razões muito maior do que os masculinos. Além de distúrbios que comprometem a circulação sanguínea dos órgãos genitais, elas estão sujeitas a desequilíbrios hormonais que comprometem a libido. Soma-se às causas biológicas barreiras sociopsicológicas que se transubstanciam o desejo.¹³

As informações deste estudo se referente ao sexo masculino confirmaram observação feita por Giddens¹⁴, quando relatou que a sexualidade masculina tendia a expressar mais inquietação do que a feminina porque os homens separavam a sua atividade sexual das outras atividades da vida. Embora naturais ou biológicas, as diferenças sexuais não estão garantidas. Dependem de uma boa administração dos fatores internos e externos que podem intervir no processo. As influências do meio e da cultura, podem ser responsáveis pela boa finalização do percurso ou pela perversão dos caminhos traçados pela natureza.¹⁵

Assim, a consolidação da diferença sexual e a forma de viver a sexualidade dependem de um processo no qual a ordem da cultura tem um papel fundamental. Entretanto, considerando-se as influências do meio e da cultura, estas variáveis não foram pesquisadas.

Os resultados aqui observados conduzem a inúmeras inquietações, destacando-se dentre outras: <<os pacientes são verdadeiros ao relatarem suas alterações sexuais?>> <<As mulheres apresentam menor porcentagem de disfunção sexual, ou os homens informam mais?>> Estas perguntas poderão ser esclarecidas diante de estudos mais aprofundados que investiguem os diferentes contextos sociais que vivem estes pacientes, além de relacionar as diferentes idades associadas às questões hormonais, aqui não investigadas.

Após a identificação de um percentual significativo de hipertensos com disfunções sexuais, procurou-se identificar quais eram estas alterações, perguntando-se diretamente ao paciente que informava apresentar alteração: <<Qual tipo de disfunção sexual tem apresentado?>> Era dada a oportunidade aos pacientes para responderem espontaneamente a pergunta. Entretanto, para ser mais fácil de consolidar as respostas, no formulário de entrevista, as diversas possibilidades de respostas estavam organizados em itens, os quais se apresentam com os respectivos conceitos.

• Disfunção sexual

A disfunção sexual é concebida por bloqueios que, de qualquer maneira, interferem na resposta sexual. Os inúmeros fatores que colaboram para a disfunção sexual podem ser categorizados como: *socioculturais*, aqueles ligados à família, à religião, à revolução sexual, aos tabus e às crenças sexuais. *Comportamentais*, experiências de vida negativas/destrutivas e relações de ensino inadequadas.¹⁶

Os fatores socioculturais são os responsáveis pela educação e pela transmissão de regras e normas do meio em que a pessoa está inserida. Com base nestes fatores, são aprendidos os papéis que deverão ser desempenhados pela sociedade. As disfunções, devido a fatores físicos ou psicológicos, podem resultar em sofrimento. Por exemplo, um indivíduo com distúrbios sexuais pode sofrer de ansiedade ou de frustração sexual relacionada a esses distúrbios, a qual, por sua vez, pode levar à insônia, condição que pode constituir a queixa apresentada ao clínico geral.¹⁷

Por terem alguns indivíduos referido simultaneamente mais de um tipo de alteração sexual, neste caso considerou-se como disfunção múltipla. Observando a tabela 2, dentre os entrevistados do gênero masculino, verificou-se a disfunção erétil 28,2% como a situação que mais acontecia, seguida pela inibição do desejo 23,1%. Entre os do gênero feminino, a situação mais informada foi a inibição do desejo 26,7%, seguida pela frigidez ou inibição da excitação 25,3%.

Analisando-se os resultados, percebe-se que a disfunção de maior prevalência foi representada por inibição do desejo em 25,4%. Para Ballone¹⁸, o desejo sexual é um fenômeno subjetivo e comportamental, extremamente complexo. A expressão << desejo sexual >> envolve toda inclinação humana para o comportamento sexual e tem início tanto na cultura, por meio da motivação sexual, como na pessoa, pelo estímulo sexual.

A inibição do desejo sexual é a condição em que há diminuição ou ausência total de fantasias e de desejo de ter atividade sexual.¹⁹ Observou-se que esta disfunção esteve presente tanto no homem como na mulher.

A inibição do orgasmo ou anorgasmia é a falta de orgasmo de maneira recorrente e persistente depois de uma fase de excitação normal, produzida por uma estimulação adequada em intensidade e duração. É um distúrbio que afeta principalmente as mulheres.²⁰ Entre os 114 hipertensos desse estudo a inibição do orgasmo esteve presente em 4,4% destes; 7,6% dos homens e 2,7% das mulheres referiram anorgasmia.

Os resultados desta casuística sugerem que esta alteração sexual foi maior entre os homens. Já, diferentes autores indicam ser ela maior entre as mulheres.^{1,20-1} Provavelmente, os dados aqui observados tenham sofrido alterações em virtude de serem pacientes com HA, e parte das mulheres já vivenciavam a

menopausa, fase em que há diminuição da libido, além da possibilidade da influência hormonal. Outra limitação para discussão mais aprofundada das questões de sexualidade foi a ausência de perguntas avaliando a reposição hormonal entre elas.

Os dados também mostraram que 8,9% da amostra apresentaram disfunção múltipla, ou seja, mais de uma alteração sexual. Observou-se que tanto no gênero masculino quanto no feminino ocorreu disfunção múltipla: 10,4% e 7,9%, respectivamente.

Os resultados ainda indicaram que 2,6% dos pesquisados apresentaram a dispareunia. Dispareunia é denominada dor genital associada ao ato sexual.¹⁹ Apesar de a frequência desta alteração ter sido baixa, também se avalia significativa a sua identificação: 2,6% no sexo masculino e 2,7% no feminino.

Silva²² em pesquisa realizada no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia do Estado de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil, com uma amostra constituída por 62 pacientes coronariopatas clínicos, mostrou que a frequência de dispareunia apareceu em 36% das mulheres e em 18,9% dos homens. Portanto, nesta casuística os hipertensos apresentaram menor incidência do que os indivíduos da pesquisa de Silva.²²

A dispareunia acontece tanto em mulheres como em homens, e pode ser atribuída a uma enfermidade local ou em determinados episódios. Nenhuma origem evidente é detectada, podendo ser avaliados fatores emocionais como causa determinante.²³ No presente estudo esta disfunção foi observada em ambos os gêneros, entretanto, aqui não foram analisadas as possíveis causas da dispareunia.

A fobia sexual é caracterizada por evitação ativa de ter sexo com parceiros, com sentimentos de repulsa, ansiedade e medo.⁽¹⁷⁾ O que distingue a fobia sexual é o medo constante e irracional do sexo e o desejo compulsivo de fugir das experiências e dos sentimentos referentes ao sexo. Há relatos de que os indivíduos podem experimentar sensações normais de desejo, fantasiar e se excitar até o orgasmo com masturbação, mas o toque do parceiro é insuportável.²⁴

Esta situação no presente estudo não foi relatada entre os homens, mas 2,7% das mulheres informavam essa ocorrência. Depreende-se que as mulheres mantêm a relação sexual provavelmente como forma de << obrigação >> em satisfazer o parceiro, mesmo sentindo repulsa pelo ato sexual.

A seguir, serão tratadas as disfunções sexuais peculiares ao sexo masculino: a disfunção erétil e a ejaculação precoce e, depois, aquelas mais relacionadas ao sexo feminino, presentes neste estudo como: frigidez ou inibição da excitação.

A disfunção erétil ou inibição da excitação sexual masculina é interpretada como a dificuldade persistente para conseguir ou

manter ereção adequada para a consumação satisfatória do coito.^{19-21,25-27}

Dos 39 hipertensos do gênero masculino que participaram desse estudo, 28,2% referiram apresentar disfunção erétil e 71,8% não referiram. Confrontando os resultados da presente casuística com os dados de pesquisa realizada por Silva²² com 62 coronariopatas em que 89,2% deles referiram disfunção erétil, provavelmente estas diferenças se devam ao fato de que os coronariopatas mostraram-se mais abertos para falar de sexualidade, e com isto foi possível diagnosticar um maior número de disfunções eréteis.

Abdo²⁸, estudando 2835 indivíduos de ambos os gêneros, com idade acima de 18 anos, de sete estados brasileiros em 2000, relataram que a disfunção erétil foi a alteração sexual mais corriqueira entre os homens 46,2%. A porcentagem da disfunção erétil foi maior no estudo de Abdo²⁸ e na presente investigação.

Outra disfunção sexual relatada foi a ejaculação precoce, conceituada como incompetência do homem de ter domínio sobre o fluxo ejaculatório. O homem acometido de ejaculação precoce, ele atinge de imediato a excitação, podendo acontecer durante as carícias, no primeiro contato com a vagina, ou de imediato à penetração. Alguns homens ejaculam à simples visão da nudez da parceira.^{1,18,25}

A ejaculação precoce tem altíssima prevalência, afetando algo em torno de 10 a 30% dos homens em algum momento de suas vidas, sendo o problema sexual mais comum entre os homens.^{18,23} Situação diferente ao relato da literatura foi observado neste estudo, em que a ejaculação precoce esteve presente em pequena porcentagem de hipertensos. Somente 5,1% dos homens referiram esta alteração sexual. Talvez isto possa ser explicado porque o homem com ejaculação precoce, frequentemente, manifesta decepção, ansiedade e sofrimento com essa situação, e conseqüentemente, tem vergonha em procurar ajuda ou reconhecer o problema.

A seguir, apresenta-se o problema sexual observado entre as mulheres. A inibição da excitação sexual feminina ou frigidez é a única alteração sexual específica do sexo feminino que esteve presente. A inibição da excitação sexual feminina ou frigidez é a incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter a lubrificação vaginal e turgescência até o fim do ato sexual. A mulher tem pouca ou nenhuma sensação de excitação.¹⁹

A inibição da excitação sexual feminina ou frigidez é a incapacidade em proporcionar, adquirir ou manter uma excitação sexual adequada. A característica essencial desse transtorno é uma deficiência ou ausência de fantasias sexuais. O portador de inibição da excitação sexual feminina ou frigidez em geral não costuma tomar iniciativa para a atividade sexual ou pode engajar-se com certa relutância quando esta é iniciada pelo parceiro.²⁹

Não se pode ignorar, também, que a HA é um fator que condiciona negativamente a resposta sexual feminina durante a chamada << fase de excitação >>. Níveis elevados de PA não só danificam a parede interior do clitóris e da vagina, mas também interferem na liberação local de neurotransmissores que participam da fase de excitação do ato sexual.³⁰

No presente estudo a inibição da excitação sexual feminina ou frigidez foi relatada por 16,6% das mulheres. Essas cifras foram inferiores àquelas apresentadas por Silva²² em um estudo na capital paulista onde detectou-se 32% de inibição da excitação sexual feminina.

Talvez a baixa porcentagem de mulheres que relataram frigidez, deva-se ao fato de estarem relativamente em idade mais madura, em que os níveis hormonais estão em declínio.

CONCLUSÃO

Quanto à presença de alterações sexuais, detectou-se que 28,9% hipertensos nunca se depararam com disfunções sexuais. Entretanto, 71,1% indicaram essas alterações. Comparando-se os gêneros observou-se que 76,9% dos indivíduos do gênero masculino referiram ter alterações sexuais, enquanto entre os do feminino, essa situação foi informada por 68%. Estudos que contemplem um amplo aspecto de variáveis poderão ser desenvolvidos, a fim de se observar o que de fato pode interferir na sexualidade dos hipertensos.

Identificou-se também que o profissional que atua com esse tipo de clientela reconheceu a sexualidade como uma necessidade humana básica, mas esta necessidade não se apresenta integralmente focalizada na assistência. O profissional de Enfermagem necessita falar mais sobre a sexualidade humana e se sentir mais confortável para indagar junto aos pacientes situações consideradas mais “constrangedoras”, as quais, muitas vezes, entre os pacientes, são geradoras de frustrações, incertezas e dúvidas.

A sexualidade não deve ser um problema, e sim fonte de prazer e realização. Um profissional habilitado pode ajudar o hipertenso a ter acesso às informações necessárias para autocuidado e poder decidir quanto aos hábitos e às atitudes necessárias para contribuir com uma melhor qualidade de vida.

Por fim, considerou-se que os resultados deste estudo foram válidos, constatando-se a prevalência das seguintes alterações sexuais: inibição do desejo em 25,4% da amostra, disfunção erétil ou inibição da excitação em 9,6%, frigidez ou inibição da excitação em 16,6%, inibição do orgasmo em 4,4%, ejaculação precoce 1,8%, dispareunia em 2,6%, fobia sexual em 1,8% e múltipla em 8,9%.

Portanto, esta pesquisa traz aspectos inéditos junto aos hipertensos, permitindo que haja um maior aprofundamento e realização de outras pesquisas nessa área. A sexualidade

é dinâmica e necessita do empenho de pesquisadores das diversas áreas do conhecimento, principalmente da Enfermagem. Ampliar a pesquisa nesta área de conhecimento, enfocando a sexualidade do indivíduo hipertenso, favorecerá o desenvolvimento técnico do ensino, da pesquisa e da assistência. As investigações poderão levar, cada vez mais, a uma melhor qualidade da assistência e compreensão do paciente como um ser que vive, sente e pensa e se relaciona, visando primordialmente ao desenvolvimento da sua saúde sexual do hipertenso.

REFERÊNCIAS

1. Costa RP. Os onze sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana. São Paulo: Gente; 1994.
2. Parisotto L, Guaragna KBA, Vasconcelos MC, Strassburger M, Zunta MH, Melo WV. Diferenças de gênero no desenvolvimento sexual: integração dos paradigmas biológico, psicanalítico e evolucionista. Rev Psiquiatr Rio Grande do Sul. 2003; 25(Supl. 1):75-87.
3. Vitiello N. Reprodução e sexualidade: um manual para educadores. São Paulo: CEICH; 1994.
4. Organización Mundial de la Salud. Instrucción y asistencia em cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud: informe. Ginebra; 1975.
5. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
6. Reis MG, Glashan RQ. Adultos hipertensos: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. Rev latino-am Enfer. 2001; 9(3):51-57.
7. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 Supl.):15-25.
8. Barros RP, Henriques R, Mendonça R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. Rev Bras Cien Soc. 2000; 15(42):123-42.
9. Farias FLR, Silva FTL. Conversando com mulheres sobre sexualidade. In: Gir E, Yazlle MEHD, Cassiani SHB (Org.). Sexualidade em tema. Ribeirão Preto: FUNPEC-RP; 2000. p.121-131.
10. Oliveira JR W. Sexualidade e doenças do coração. In: Porto CC. Doenças do coração: prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.93-96.
11. Cavalcanti MSL. Gosto de ser mulher: representação da sexualidade feminina em uma comunidade rural. [Tese]. Universidade São Paulo – Escola de Enfermagem; 1998.
12. VITIELLO, N. Um breve histórico do estudo da sexualidade humana. Rev Bras Med. 1998; 55(Esp). [acesso em: 28 jul 2007]. Disponível em:

http://www.drcarlos.med.br/sex_historia.html

13. Macedo F. Muito silêncio e pouco prazer. [acesso em: 3 out 2007]. Disponível em: http://www.reproerty.com.br/noticias/noticias002_20030422.htm

14. Giddens A. A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Unesp; 1993.

15. Rohden FA. A construção da diferença sexual na medicina. Cad de Saúde Pública. 2003; 19(2): 201-212.

16. Dias CA, Mendonça ECS. O prazer sexual da mulher: processo ainda em evolução. Rev Bras Sex Hum. 1999; 10:165-85.

17. Disfunções Sexuais. [acesso em: 3 out 2007]. Disponível em: <http://www.uronews.org.br/distur9.htm>

18. Ballone GJ. Ejaculação precoce. [acesso em: 3 out 2007]. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/sexo/frigidez.html>

19. Disfunções Sexuais Femininas. [acesso em: 3 out 2007]. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?132>

20. Romero A. Falta de orgasmo ou anorgasmia. [acesso em: 3 out 2007]. Disponível em: <http://www.ibrasexo.com.br/portugues/anteriores.htm>

21. Pinheiro M, Estarque M. Impotência. [acesso em: 3 out 2007]. Disponível em: www.Marcelomarcia.net/web.net/anorgasmia.html

22. Silva EV. Disfunção sexual como diagnóstico de enfermagem em pacientes coronariopatas. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, São Paulo; 2003.

23. Moraes IN. Sexologia: sexo, sexualidade e sexualismo. São Paulo: Lejus; 1998.

24. Moreira RLBD. Evitação sexual fóbica associada a distúrbios de pânico: abordagem integrada. Rev Bras de Medicina. 1993; 50(7):737-741.

25. Lief HI. Aspectos médicos da sexualidade. In: Wyngaarden JB, Smith Jr. LH, Bennett JC. Tratado de medicina interna. 16ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1984. p. 2029-36.

26. Freitas OC, Carvalho FR, Marques Neves JM, Veludo PK, Parreira RS, Gonçalves RM, et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva, SP. Arq Bras Cardiol. 2001; 77:16-21.

27. Lief HI. Aspectos Médicos da Sexualidade. In: Wyngaarden JB, Smith Jr LH, Bennett JC. Tratado de Medicina Interna. 16ªed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1984. p. 2029-36.

28. Abdo CHN (Org). Sexualidade humana e seus transtornos. 2ª ed. São Paulo: Lemos; 2000.

29. Ballone GJ. Frigidez sexual. In. [acesso em: 13 out 2007]. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/sexo/ejacul.html>

30. Bechara A. Hipertensão afeta sexo em mulheres, revela estudo. [acesso em: 3 nov 2007]. Disponível em: <http://noticias.terra.com.br/ciencia/biotecnologia/interna>

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2007/11/22
Last received: 2007/12/03
Accepted: 2007/12/05
Publishing: 2008/01/01

Address for correspondence

Sonia Maria da Silva Garcia
Avenida Sebastião Rodrigues da Costa, s/n
CEP: 55.165-000 – São Pedro, Belo Jardim
(PE), Brasil