

ATIVIDADE SEXUAL APÓS O INFARTO DO MIOCÁRDIO

WILSON OLIVEIRA JÚNIOR

O impacto psicológico do infarto do miocárdio (IM) frequentemente ultrapassa e excede em duração ao funcional. Além dos danos cardíacos e das restrições funcionais que podem ocorrer na vigência do evento coronário, o fato constitui uma grande crise na vida do indivíduo, daí advindo sérias conseqüências psíquicas caracterizadas por sentimentos de rejeição, insegurança, ansiedade e depressão, que acometem não só o paciente, como também o cônjuge e sua família^{1,2}. Esses transtornos dificultam sobremaneira sua reintegração plena à sociedade, principalmente no que se refere à vida de relação mais próxima que inclui sua atividade sexual. O reinício de um relacionamento sexual satisfatório pode contribuir em muito para o paciente readquirir autoconfiança e a sensação de retorno à saúde. Apesar de sua importância para a completa reabilitação do doente acometido de infarto, é surpreendente, na prática diária, assim como em encontros científicos ou em revistas médicas, a pouca atenção dispensada ao tema. Assim, revendo a programação dos dez últimos congressos brasileiros de cardiologia, não encontramos em qualquer deles uma abordagem profunda do assunto.

Hellerstein e Friedman³, compilando 33 livros textos de cardiologia, encontraram menos de mil palavras referentes à atividade sexual e doenças cardíacas. A essa escassez de informações científicas se associa a conhecida inabilidade de grande parte dos médicos na abordagem da sexualidade, na maioria das vezes decorrentes do preconceito que ainda envolve o tema, associado à falta de conhecimento específicos nessa área. Isso nos faz observar com frequência que cardiologistas fornecem informações sobre medicação, alimentação, prognóstico, retorno ao trabalho e omitem esclarecimentos consistentes quanto ao retorno à atividade sexual. Nessas circunstâncias, cria-se um ciclo de ansiedade e silêncio formado pela postura do médico e insegurança do paciente e cônjuge³⁻⁵.

Considerando-se que em nosso país pouco se estudou sobre a atividade sexual dos doentes coronarianos, nossa revisão foi praticamente restrita a publicações internacionais, obviamente com

indivíduos vivendo em outro contexto cultural. No entanto, apesar das diferenças culturais existentes, acreditamos que os problemas envolvendo a sexualidade dos doentes coronarianos são no geral semelhantes nas sociedades modernas.

Influência do infarto na atividade sexual

A ocorrência do IM é geralmente seguida de nítida redução da frequência média das relações sexuais⁵⁻⁸. Klein e col.⁵, interrogando 20 homens após o IM, verificaram que 75% referiram diminuição significativa da atividade sexual, ou mesmo abstinência total. Tuttle e col.⁶, em estudo semelhante, através de entrevistas realizadas em pacientes após IM, com menos de 50 anos, num período de 1 a 9 anos, notaram redução acentuada e prolongada na frequência da relação sexual, em 66% dos casos. Um aspecto importante nesse estudo é a constatação de que dois terços dos pacientes afirmaram não ter recebido aconselhamento médico, no que diz respeito à atividade sexual, e o terço restante classificou a orientação como vaga e superficial.

Além da diminuição na frequência, o declínio na qualidade da atividade sexual é também observado comumente nesses pacientes. Hellerstein⁴ observou que, seis meses após o infarto, a frequência global dos orgasmos por semana decresceu em 25%, embora 42% dos pacientes não registrassem alteração na frequência das relações. Esses e outros trabalhos evidenciam a dimensão do problema, quanto à repercussão que um evento coronário pode determinar na atividade sexual dos indivíduos acometidos.

Fatores relacionados à diminuição da atividade sexual após o infarto do miocárdio

Para melhor sistemática, dividimos os fatores envolvidos na diminuição da atividade sexual em fatores de natureza psicológica e fisiológica.

Existem dois mitos acerca da sexualidade que devem ser considerados para o estudo da recuperação do doente cardíaco: o primeiro, a crença popular de que pessoas doentes têm que ser sexualmente ina-

Trabalho realizado no Serviço de Doenças Cardioráscicas do Hospital Oswaldo Cruz - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco.

* Professor da Disciplina de Cardiologia - Responsável pelo Serviço de Ergometria.

tivas, acreditando-se que a inatividade física é indispensável para a recuperação da saúde. O segundo, é o mito da morte súbita durante a relação sexual. Essas crenças podem contribuir bastante para o declínio da atividade sexual, principalmente em pacientes coronarianos. Diversos trabalhos têm demonstrado que os fatores psicológicos têm peso significativo na diminuição da atividade sexual após o IM^{1,6,7}. O temor do paciente e sua parceira de que o esforço físico do ato sexual seja nocivo e perigoso para o coração, aparece como um dos mais importantes fatores que limitam o reinício da atividade sexual do casal.

É significativa a frequência com que indivíduos acometidos de infarto apresentam, em seguida, a chamada depressão “da volta ao lar”. Esse fato parece estar relacionado à perda da capacidade de obter gratificações com o trabalho, associado à insegurança e ansiedade quanto ao seu desempenho nas relações interpessoais, em particular naquelas que envolvem a sexualidade. A duração dessa depressão pode variar de semanas a meses, podendo ser minimizada com o apoio psicológico do médico quando leva em conta as dificuldades envolvendo a sexualidade após inseridas⁹.

Os sintomas funcionais relacionados ao coração, como angina e dispnéia, durante o ato sexual, parecem desempenhar papel menos significativo quando comparados aos aspectos psíquicos.

Grand⁸, em estudo recente sobre atividade sexual, abrangendo 108 pacientes com infarto do miocárdio com idade inferior a 70 anos, mostrou que as causas habituais da modificação da atividade sexual foram: impotência genital, (44 casos, 40%, sendo em 37 casos, parcial. e em 7 total) e diminuição da libido (38 casos, 34,5%). Foi marcante o contraste entre essas porcentagens e a frequência de aparecimento de angina de peito durante o coito (10 casos, 9%).

Risco de morte e infarto durante o ato sexual

A desinformação do paciente e parceira, em relação ao risco de infarto ou morte durante o coito, atemoriza muitos doentes e raramente é completamente avaliado pelo médico. Stein³, entrevistando 325 pacientes após IM, verificou que todos eles expressavam ou admitiam estar preocupados com a possibilidade de um ataque cardíaco ou morte durante o ato sexual. Um terço desses indivíduos afirmou que ouviu falar de alguém que faleceu de ataque cardíaco durante o coito. Embora as informações sobre a ocorrência de morte durante o ato sexual sejam escassas, os dados disponíveis indicam que esse fato parece ocorrer raramente. O patologista L. Adelson, em comunicação verbal a Hellerstein⁴, estimou, em seus serviços de anátomo-patologia, que as mortes por infarto relacionadas à atividade sexual ocorreram em aproximadamente 3 de cada 500 homens com doença aterosclerótica, portanto, uma

incidência de apenas 0,66%. Estudando 5.559 casos de morte súbita, Veno¹⁰ verificou que 34 ocorreram durante atividade sexual, devido a evento cardíaco, correspondendo a um percentual de apenas 0,6%. Foi de interesse particular que 27 (80%) das mortes; durante o coito ocorreram no relacionamento de homens com parceira extraconjugal com idade média 20 anos mais jovem e, além disso, um terço desses indivíduos havia bebido excessivamente.

Esses dados nos fazem pensar que o risco de um segundo infarto, ou mesmo de morte, não reside no coito em si, mas nas circunstâncias adicionais de estresse, tais como abuso de comidas, álcool, sentimentos de culpa, aliados à necessidade de demonstrar virilidade e potência, muitas vezes a uma parceira mais jovem. Nestas circunstâncias, a ansiedade em apresentar um bom desempenho poderia eventualmente aumentar o gasto metabólico, levando a maior risco de isquemia. Portanto, baseado nas informações acima descritas, é plausível afirmar-se que o acidente coronário durante o ato sexual é um evento pouco frequente.

Fatores adjuvantes como causa de disfunção sexual após o IM

É sabido que o desempenho sexual também pode alterar-se em consequência do uso de drogas. Pacientes com IM frequentemente são tratados com drogas que podem provocar disfunção sexual. Ademais, outras patologias associadas à doença coronária, tais como diabetes mellitus e hipertensão arterial podem agravar ou ser causa de disfunção sexual³.

Quase todas as drogas anti-hipertensivas atualmente disponíveis, têm sido apontadas como podendo afetar adversamente a função sexual^{1,3}. Entre essas drogas, os agentes com ação central, tais como a alfa-metildopa, a clonidina e a reserpina, podem afetar a potência em 1/3 dos pacientes¹¹. Os agentes simpaticolíticos periféricos e os bloqueadores adrenérgicos periféricos, tais como a guanetidina e o prazosin, podem provocar anormalidades de ejaculação em cerca de 2/3 dos pacientes¹¹. Os diuréticos também podem ser causa de impotência e falha na ejaculação em cerca de 1/3 dos casos^{11,12}. Por último, os betabloqueadores, drogas frequentemente utilizadas nos pacientes com IM, também podem provocar disfunção sexual, talvez por ação central. Em um estudo recente para investigar a disfunção sexual em pacientes tomando propranolol, verificou-se 15% de impotência, 28% de diminuição da potência e 4% de diminuição do libido. A severidade da disfunção sexual foi relacionada à dose utilizada¹³.

No quadro I enumeramos as principais drogas utilizadas por pacientes coronarianos que podem alterar o desempenho sexual e seu possível mecanismo de ação.

Gasto energético da relação sexual

Os estudos sobre a resposta fisiológica do coração à atividade sexual são poucos e os primeiros

QUADRO I - Drogas que podem modificar o desempenho sexual.

Droga	Mecanismo de ação	efeitos
Clonidina	diminuição do tono simpático	impotência ginecomastia
Metildopa	depressão SNC - elevação dos níveis de prolactina no plasma	diminuição da libido, impotência, ejaculação difícil
Reserpina	efeitos SNC, aumenta atividade parassintática	diminuição da libido e impotência
Guanetidina	bloqueio adrenergético	retardo ou falta de ejaculação
Betabloqueadores	bloqueio beta-adrenergético - depressão SNC	impotência - redução da libido
Fenotiazina	inibe as funções psicomotoras	diminuição da libido impotência
Tricídios	bloqueia a recaptação da adrenalina	ejaculação difícil impotência
Clofibrate	desconhecido	diminuição da libido impotência
Álcool etílico	depressão do SNC	diminuição da libido diminuição da ereção e ejaculação
Espironolactona e betabloqueadores	ação antiadrogênica bloqueio dos receptores alfa-adrenergéticos	impotência ejaculação difícil
Diuréticos	ação central?	impotência

Modificado de Stain, R.³ SNC - sistema nervoso central.

datam do fim da década de 50^{14,15}. Um dos mais completos nessa área foi realizado pelos conhecidos sexólogos Masters e Johnson¹⁵, que estudaram as reações fisiológicas do aparelho cardiorrespiratório durante o período de ereção e penetração, observando aumento gradativo dos sinais vitais, que chegava ao máximo durante o orgasmo. A frequência respiratória aumentava, assim como a frequência cardíaca e a pressão arterial, sendo que essas alterações apresentavam caráter transitório, retornando aos níveis de repouso poucos minutos após o orgasmo.

Em 1969, Hellerstein e Friedman², estudando as respostas fisiológicas do coito realizado no ambiente habitual e com parceira costumeira observaram fatos importantes que vieram sugerir uma mudança de atitude frente à vida sexual do paciente coronariano. Eles estudaram 48 indivíduos com infarto miocárdico prévio, através da eletrocardiografia dinâmica, por um período de 24 a 28 horas. Nesse período, os indivíduos não abandonaram suas ocupações cotidianas e ignoravam que o interesse da investigação se centralizava principalmente na atividade sexual e muitos deles (14 pacientes, idade média 47 anos), praticaram o coito durante a gravação. É de interesse significativo que a média da frequência cardíaca máxima atingida no organismo foi de apenas 117 bpm, com um máximo de 144 bpm e um mínimo de 90. Em média, dois minutos antes e dois minutos após o orgasmo, a frequência cardíaca foi de 96 bpm. nosso meio, Guedes e col.¹⁶, em estudo semelhante, realizado em 9 homens com IM prévio, verificaram níveis médios de PC em torno de 104 bpm, durante o orgasmo.

O significado desses achados tornou-se mais claro quando Hellerstein e Friedman² compararam os aumentos da frequência cardíaca e as alterações eletrocardiográficas

durante o orgasmo com os valores de outras atividades do dia a dia. Eles demonstraram que o gasto energético do ato sexual correspondia ao mesmo encontrado em algumas atividades diárias, tais como: galgar dois lances de escada, caminhar 3 a 4 km no plano, ou realizar um esforço de 75 W no cicloergômetro ou mesmo caminhar numa esteira sem inclinação, à velocidade de 5 a 6,5 km/h. Na prática, isso significa que um paciente que no ergômetro alcança um rendimento de 75 W, sem anormalidades, que consegue subir escadas ou percorrer uma quadra a passos rápidos, pode reassumir sua atividade sexual anterior ao infarto, sem dificuldades. Em relação às alterações eletrocardiográficas registradas durante a atividade sexual, esses autores descreveram discretos infradesnvelamentos de ST e raras extra-sístoles, comparáveis às encontradas nos mesmos pacientes durante as atividades diárias. Considerando-se o duplo produto (FC máxima x PA sistólica máxima), os estudos de Siewicki¹⁷, com auxílio de um dispositivo automático para medir a pressão arterial, demonstraram que os valores encontrados durante o ato sexual são semelhantes aos obtidos por ocasião de uma subida de dois lances de escada.

De acordo com os achados dessas investigações, podemos concluir que o dispêndio energético durante o ato sexual não é tão grande quanto se acredita.; assim, a maioria dos pacientes que se recuperam de um infarto do miocárdio sem complicações tem condições de reiniciar sua vida sexual com mais segurança.

Orientação médica

Embora a orientação sobre a atividade sexual após o IM deva obrigatoriamente fazer parte de um programa de reabilitação global do paciente infartado, até recentemente essa orientação era inexistente, salvo, apenas, pela regra fundamental da “moderação em todas as coisas”⁹. A experiência tem demonstrado que a maioria dos casos de disfunção sexual após IM pode ser minimizada por uma orientação segura e aberta do médico ao paciente e sua companhia. Uma vez que as preocupações iniciais com a sobrevivência, geralmente têm prioridade sobre as questões relativas ao relacionamento sexual futuro, as perguntas ligadas ao sexo geralmente não são formuladas pelo paciente. Se o médico não trazer o assunto à baila, muitos pacientes poderão restringir sua atividade sexual na suposição de que o silêncio do médico significa que o ato sexual está além de sua capacidade física. Portanto, uma conversa abordando as preocupações, temores, o significado dos sintomas, o desgaste cardíaco real da atividade sexual, em termos compreensíveis, é fundamental para o paciente e o cônjuge. É importante também, ser claro, evitando-se afirmações genéricas do tipo: “não se apresse”, “vá devagar”, “não exagere”. O médico

deve evitar colocar seus padrões morais para o paciente, uma vez que a meta é ajudar o casal no retorno à atividade sexual e não alterar seus valores morais. Embora existam sugestões contrárias⁹, é bom lembrar que não há bases científicas concretas para sugerir que o paciente modifique a posição do coito ou altere o padrão de carícias preliminares. Estudos realizados por Nemev e col.¹⁸ mostraram que o duplo produto alcançado durante o coito é o mesmo independentemente da posição empregada.

A realização de um teste ergométrico após a terceira semana do infarto pode ajudar o médico na liberação segura do paciente para o reinício da atividade sexual. O teste seria realizado nos pacientes com infarto que evoluíram sem complicações, utilizando-se um protocolo especial. Os trabalhos a esse respeito e a nossa experiência demonstraram que não há maiores riscos na realização do exame, nessa fase do infarto, como se imaginava anteriormente¹⁹⁻²². Se possível, o exame deve ser assistido pela companheira do paciente, na tentativa de minimizar as inseguranças do casal, quanto à sua capacidade física.

Baseado na avaliação ergométrica dos pacientes infartados, Stein³ sugere a seguinte orientação: 1) Pacientes que apresentam boa tolerância ao esforço, sem alterações clínicas e/ou eletrocardiográficas, até a PC de 130 bpm, podem ser orientados para reinício da atividade sexual, sem restrições. 2) Pacientes que apresentam resposta isquêmica em PC de 115-125 bpm, devem ser reexaminados com o uso de nitratos e aconselhados a manter relações sexuais, com uso prévio dessas drogas, evitando o coito em situações de estresse emocional, após alimentação abundante ou uso de álcool, situações essas que aumentam o consumo de oxigênio. 3) Pacientes com limitada tolerância ao esforço, alteração isquêmica com PC abaixo de 115 bpm, em uso de drogas, devem ser aconselhados a evitar a atividade sexual temporariamente, ao mesmo tempo em que outras medidas terapêuticas, clínicas e/ou cirúrgicas, são instituídas.

Nos casos raros em que os pacientes se queixam de angina e palpitações durante o coito, não evidenciados durante o teste ergométrico, pode considerar-se a possibilidade da realização de Holter durante o ato sexual². Nesses casos os elétrodos devem ser colocados em posição lateral, de modo a evitar o contato durante o coito, assim como o cabo dos elétrodos deve ser suficientemente longo para permitir que o gravador permaneça na mesa; de cabeceira.

Influência dos programas de condicionamento físico na atividade sexual

Os programas de condicionamento físico contribuem de maneira positiva para o reinício da atividade sexual, uma vez que através dos exercícios físicos programados se consegue um aumento da capacidade cardiovascular, com conseqüente melhora nas manifestações decorrentes

da isquemia miocárdica, bem como redução dos batimentos cardíacos durante o ato sexual. Nos estudos realizados por Hellerstein e Friedman^{2,4} os pacientes que se inscreveram em programas de condicionamento físico relataram aumento na freqüência das relações sexuais.

Estudando 16 homens que se submeteram a exercícios com aumento associado do consumo de oxigênio de 11,5%, Stein²⁴ verificou que tais indivíduos apresentaram diminuição significativa da freqüência cardíaca máxima, durante a relação sexual. Esses achados sugerem o valor potencial do exercício na melhora da função sexual nos pacientes com angina durante ou após o coito.

Sexualidade feminina após o IM

Conquanto a maioria dos dados disponíveis sobre a atividade sexual após o IM se baseie em pesquisas efetuadas com homens, é razoável imaginar que observações semelhantes venham a ser efetuadas em mulheres⁹. Masters e Johnson¹⁵ demonstraram que os efeitos da relação sexual sobre a função cardíaca de voluntários em laboratório são virtualmente idênticos em ambos os sexos. Nesta revisão, encontramos poucos dados sobre a atividade sexual da mulheres após o IM²⁵. Essa lacuna foi recentemente diminuída com a publicação de Papadopoulos²⁶, que efetuou uma pesquisa entre 130 pacientes do sexo feminino, com idade variando de 38 a 65 anos, quatro meses após um infarto do miocárdio. Trinta por cento relataram a ocorrência de dificuldades sexuais, 27% passaram a abster-se e igual número continuou com sua vida sexual normal. De todas as pacientes entrevistadas, 45% tiveram com o médico uma conversa esclarecedora, antes de receberem alta, com iniciativa partindo do cardiologista em apenas 18% dos casos. Como podemos verificar, o infarto do miocárdio parece exercer tanto nos homens quanto nas mulheres, um efeito negativo sobre sua sexualidade.

Em síntese, os aspectos discutidos nesta revisão indicam claramente a magnitude do problema que envolve a vida sexual dos doentes após o infarto do miocárdio. Portanto, é necessário que os médicos encarem a sexualidade com a devida importância, como parte do conjunto das sensações humanas, a nível físico e/ou emocional. Só assim se poderá alcançar a completa reabilitação desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. MaLane, M. et al. Psychosexual adjustment and counseling after myocardial infarction. *Ann. Inter. Med.* 92: 514, 1980.
2. Rellerstein, H. K.; Friedman, E. H. - Sexual activity and the postcoronary patient. *Med. Asp. Human Sex.* 3: 70: 1969.
3. Stein, R - Atividade sexual após infarto do miocárdio. In: Zohman, L.; Phillips, R. - Aspectos Médicos das Provas de Esforço Físico. São Paulo. Manole, 1978. vol. II.
4. Hellerstein, H. K.; Friedman, E. H, - Sexual -activity and the post coronary patient. *Arch. Intern. Med.* 125: 987, 1970.
5. Klein, R. F.; Dean, A.; Wilson, M. et al. - The physician and post myocardial infarction invalidism. *JAMA*, 194: 123, 1965.
6. Tuttle, W. B. et al. - Sexual behavior in post; myocardial infarction patients *Am.J. Cardiol.* 13: 140,1964.

7. Bloch, A. et al. - Sexual problems after myocardial infarction. *Am. Heart J.* 90: 536, 1975.
8. Grand, A.; Delorme, P. - A atividade sexual após infarto do miocárdio. *Nouv Press Med* (edição brasileira) 1: 2, 1982.
9. Munjack, D. J.; Oziel, L. J. - Sexo e o paciente com doença cardiovascular. In: *Sexologia, Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo, Atheneu, 1984. p. 65.
10. Ueno, M. - The so-called coition death. *Jap. J. Leg. Med.* 17: 330, 1963.
11. Reighgott, M. J. - Problems of sexual function in patients with hypertension. *Cardiovasc. Med.* 4: 194 1979.
12. Douglas, J. G.; Hollifield, J. W.; Liddle, G. W. - Treatment of long-renin essential hipertension: comparison of spironolactone and a hidrochlorothiazide - triamterene combination. *JAMA*, 227: 518, 1974.
13. Burnett, W. C.; Chahine, R. A. - Sexual dysfunction as a complication of propranolol therapy in men. *Cardiovasc. Med.* 4: 811, 1979.
14. Ford, A. B.; Hellerstein, H. K. - Work and heart disease. *Circulation*, 18: 823, 1958.
15. Masters, W. H.; Johnson, V. E. - *Human Sexual Response*. Boston Little Brown, 1966.
16. Guedes, M. do C. M.; Feher, J. - Atividade sexual do coronariopata: tabu ou falta de informações. *Arq. Bras. Cardiol.* 1 37: 347, 1981.
17. Siewicki, B.; Mansfield, S. - Heart rate and blood pressure responses of normal male subjects to the two-flight stair climbing tests. *Circulation*, 53-54 (Suppl. 11): 140, 1976. Abstract.
18. Nemeč, E. D.; Mansfield, L.; Kerrety, J. W. - Heart rate and blood pressure responses during sexual activity. In: *Normal Males*. *Am. Heart J.* 92: 274, 1976.
19. Ericson, M. et al. - Arrhythmias and symptom during treadmill testing three week after myocardial infarction in 100 patients. *Br. Heart J.* 35: 783, 1973.
20. Markiewics, W.; Houston, N.; Tebusk, R. - Exercise testing soon after myocardial infarction. *Circulation*, 56: 26, 1977.
21. Oliveira Jr., W.; Coutinho, R.; Pedrosa, L. - Teste ergométrico 21 dias após IAM (Ministest). *Experiência preliminar - XXVI Congresso Médico Estadual de Pernambuco, Recife, 1980.*
22. Marcondes, G. D. - Valor do teste de esforço. *Simpósio internacional sobre infarto do miocárdio*. Rio de Janeiro, 1981.
23. Green, A. W. - Sexual activity and the post myocardial infarction patient. *Am. Heart J.* 89: 246, 1975.
24. Stein, R. A. - The effect of exercise training on heart rate during coitus in the post myocardial infarction patient. *Circulation*, 55: 738, 1977.
25. Abramov, L. A. - Sexual life and sexual frigidity among women. *Developing acute myocardial infarction*. *JAMA*, 27: 1280, 1977.
26. Papadopoulos, C. H. et al. - Sexualidade feminina após o infarto do miocárdio. In: *Documenta Médica Ciba-Geigy*, 1984.